



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS

UNIDAD DE EDUCACIÓN A DISTANCIA

LICENCIATURA EN CONTABILIDAD Y AUDITORÍA

CONTADOR PÚBLICO AUTORIZADO

AUDITORÍA DE GESTIÓN EN EL HOSPITAL PROVINCIAL FRANCISCO DE ORELLANA ÁREA DE SALUD N°1. CANTÓN FRANCISCO DE ORELLANA, PROVINCIA DE ORELLANA DURANTE EL PERÍODO DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2016

TRABAJO DE TITULACIÓN

TIPO: Proyecto de Investigación

Presentado para optar al grado académico de:

LICENCIADA EN CONTABILIDAD Y AUDITORÍA

CONTADOR PÚBLICO AUTORIZADO

AUTORA:

DEYSI ISABEL ESPINOZA CACAY

Orellana-Ecuador

2019



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS

UNIDAD DE EDUCACIÓN A DISTANCIA

LICENCIATURA EN CONTABILIDAD Y AUDITORÍA

CONTADOR PÚBLICO AUTORIZADO

AUDITORÍA DE GESTIÓN EN EL HOSPITAL PROVINCIAL
FRANCISCO DE ORELLANA ÁREA DE SALUD N°1. CANTÓN
FRANCISCO DE ORELLANA, PROVINCIA DE ORELLANA
DURANTE EL PERÍODO DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE
DEL 2016

TRABAJO DE TITULACIÓN

TIPO: Proyecto de Investigación

Presentado para optar al grado académico de:

LICENCIADA EN CONTABILIDAD Y AUDITORÍA

CONTADOR PÚBLICO AUTORIZADO

AUTORA: DEYSI ISABEL ESPINOZA CACAY

DIRECTOR: ING. LETTY KARINA ELIZALDE MARÍN

Orellana-Ecuador

2019

2019, DEYSI ISABEL ESPINOZA CACAY

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento incluyendo la cita bibliográfica del documento, siempre y cuando se reconozca el Derecho del Autor.

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD

Yo, Deysi Isabel Espinoza Cacay, declaro que el presente trabajo de titulación es de mi autoría y que los resultados del mismo son auténticos y originales. Los textos constantes en el documento que provienen de otra fuente están debidamente citados y referenciados.

Como autor, asumo la responsabilidad legal y académica de los contenidos de este trabajo de titulación.

Riobamba, 27 de septiembre de 2019

Deysi Isabel Espinoza Cacay
C.I. 2200050074

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL

Certificamos que el presente trabajo de investigación, ha sido desarrollado por el Srta. Deysi Isabel Espinoza Cacay, quien ha cumplido con las normas de investigación científica y una vez analizado su contenido, se autoriza su presentación.

	FIRMA	FECHA
		27-09-2019
Ing. Eduardo Rubén Espín Moya
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL		
		27-09-2019
Ing. Letty Karina Elizalde Marín
DIRECTOR TRIBUNAL		
		27-09-2019
Lic. Mgs. Mónica Elina Brito Garzón
MIEMBRO TRIBUNAL		

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento a la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, institución que me abrió las puertas para educarme dándome la oportunidad obtener un título universitario.

Al Ing. Letty Elizalde Marín directora de tesis y al Ing. Mónica Brito asesor de tesis, por su apoyo, paciencia, entrega y valiosos consejos que permitieron alcanzar los objetivos de la tesis.

Finalmente, a todas aquellas personas que me brindaron su apoyo, tiempo e información para lograr mis objetivos.

Deysi Isabel Espinoza Cacay

DEDICATORIA

Con todo mi cariño y mi amor, dedico este proyecto a mis padres, esposo e hijo que hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba, a ustedes por siempre los llevo en mi corazón y una gratitud eterna.

Deysi Isabel Espinoza Cacay

ÍNDICE DE CONTENIDO

ÍNDICE DE TABLAS	vi
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	vii
ÍNDICE DE ANEXOS	viii
RESUMEN.....	ix
ABSTRACT	x
INTRODUCCIÓN	1
 CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	 2
 1.1 Planteamiento del problema	 2
1.2 Formulación del problema.....	2
1.2.1 Delimitación del problema.....	3
1.3 Justificación del problema	3
1.4 Objetivos.....	5
1.4.1 Objetivo General	5
1.4.2 Objetivos Específicos	5
 CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	 6
 2.1 Antecedentes Históricos	 6
2.2 Fundamentación Teórica	7
2.2.1 Auditoría	7
2.2.2 Importancia de la auditoría.....	7
2.2.3 Tipos de auditoría	8
2.2.4 Auditoría de Gestión.	9
2.2.4.1 Importancia	9
2.2.4.2 Alcance de la auditoría de gestión	9
2.2.4.3 Objetivos de la auditoría de gestión.....	10
2.2.5 Fases de la auditoría de gestión	11
2.2.5.1 Fase I	11
2.2.5.2 Fase II	12
2.2.5.3 Fase III	16
2.2.5.4 Fase IV.....	16
2.2.6 El riesgo en auditoría	17

2.2.7	<i>Papeles de trabajo</i>	19
2.2.7.1	<i>Clases de papeles de trabajo:</i>	22
2.2.8	<i>Normas de auditoría</i>	26
2.2.8.1	<i>Normas de carácter general</i>	26
2.2.8.2	<i>Normas técnicas sobre ejecución del trabajo</i>	27
2.2.8.3	<i>Normas de auditoría sobre informes</i>	28
2.2.9	<i>Índices y referencias</i>	30
2.2.10	<i>Marcas de auditoría</i>	30
2.2.11	<i>Indicadores</i>	32
2.2.11.1	<i>Importancia</i>	32
2.2.11.2	<i>Características de los Indicadores</i>	32
2.2.11.3	<i>Tipo de indicadores</i>	33
2.2.12	<i>Las 5 Es de la auditoría.</i>	36
2.3	<i>Idea a defender</i>	37
2.4	<i>Marco conceptual</i>	37
 CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO		39
3.1	<i>Modalidad de la investigación</i>	39
3.2	<i>Tipo de investigación</i>	39
3.2.1	<i>Tipos de investigación</i>	39
3.3	<i>Metodología de la investigación</i>	39
3.4	<i>Técnicas e instrumentos</i>	39
3.5	<i>Población y muestra</i>	40
3.5.1	<i>Población</i>	40
3.5.2	<i>Muestra:</i>	40
3.6	<i>Resultados</i>	41
 CAPÍTULO VI: MARCO PROPOSITIVO		53
4.1	<i>Auditoría de gestión en el hospital provincial francisco de Orellana área de salud n° 1. Cantón francisco de Orellana, provincia de Orellana durante el período del 01 de enero al 31 de diciembre del 2016.</i>	53
4.1.1	<i>Fase I: Conocimiento preliminar</i>	61
4.1.2	<i>Fase II: Planificación</i>	68
4.1.3	<i>Fase III: Ejecución</i>	88
4.1.4	<i>Fase IV: Comunicación de resultados</i>	116

CONCLUSIONES.....	125
RECOMENDACIONES.....	126
BIBLIOGRAFÍA	
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1-2:	Calidad de la evidencia	25
Tabla 2-2:	Marcas de Auditoría.....	31
Tabla 1-3:	Población del Hospital Francisco de Orellana	40
Tabla 2-3:	La Auditoría de gestión mejorará las actividades de la institución.....	42
Tabla 3-3:	Cumplimiento de las funciones de los empleados	43
Tabla 4-3:	Capacitación periódica al personal	44
Tabla 5-3:	El Hospital cuenta con una buena gestión pública.....	45
Tabla 6-3:	Se conoce la misión, visión y objetivos	46
Tabla 7-3:	Existen manuales, estatutos y reglamentos	47
Tabla 8-3:	Es importante la auditoría de gestión.....	48
Tabla 9-3:	El hospital cuenta con procesos de selección de personal	49
Tabla 10-3:	El informe ayuda a la toma de decisiones	50
Tabla 11-3:	Se cumple con la normativa establecida	51
Tabla 1-4:	Ponderación Confianza Riesgo Ambiente de Control	74
Tabla 2-4:	Ponderación Confianza Riesgo Evaluación del Riesgo	77
Tabla 3-4:	Ponderación Confianza Riesgo Actividades de Control	79
Tabla 4-4:	Ponderación Confianza Riesgo Información y Comunicación	81
Tabla 5-4:	Ponderación Confianza Riesgo Monitoreo y Supervisión	83
Tabla 6-4:	Confianza riesgo general.....	87
Tabla 7-4:	Ponderación Confianza Riesgo Área Administrativa - financiera	90
Tabla 8-4:	Ponderación Confianza Riesgo Área de laboratorio	94
Tabla 9-4:	Ponderación Confianza Riesgo Área de Imágenes	97
Tabla 10-4:	Ponderación Confianza Riesgo Área de Enfermería.....	100
Tabla 11-4:	Ponderación Confianza Riesgo Área de Servicios Médicos	103
Tabla 12-4:	Ponderación Confianza Riesgo Área de Farmacia.....	106

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1-3:	La Auditoría de gestión mejorará las actividades de la institución	42
Gráfico 2-3:	Cumplimiento de las funciones de los empleados.....	43
Gráfico 3-3:	Capacitación periódica al personal	44
Gráfico 4-3:	El Hospital cuenta con una buena gestión pública	45
Gráfico 5-3:	Se conoce la misión, visión y objetivos.....	46
Gráfico 6-3:	Existen manuales, estatutos y reglamentos	47
Gráfico 7-3:	Es importante la auditoría de gestión	48
Gráfico 8-3:	El hospital cuenta con procesos de selección de personal.....	49
Gráfico 9-3:	El informe ayuda a la toma de decisiones	50
Gráfico 10-3:	Se cumple con la normativa establecida.....	51
Gráfico 1-4:	Confianza Riesgo Ambiente de Control.....	74
Gráfico 2-4:	Confianza Riesgo Evaluación del Riesgo.....	77
Gráfico 3-4:	Confianza Riesgo Actividades de Control	79
Gráfico 4-4:	Confianza Riesgo Información y Comunicación.....	81
Gráfico 5-4:	Confianza Riesgo Monitoreo y Supervisión.....	83
Gráfico 6-4:	Confianza riesgo área administrativa - financiera	90
Gráfico 7-4:	Confianza riesgo área de laboratorio.....	94
Gráfico 8-4:	Confianza Riesgo Área de Imágenes.....	97
Gráfico 9-4:	Confianza Riesgo Área de Enfermería	100
Gráfico 10-4:	Confianza Riesgo Área de Servicios Médicos	103
Gráfico 11-4:	Confianza Riesgo Área de Farmacia	106

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A: Encuesta de opinión empleados

Anexo B: Constitución de la República referente a los derechos de salud

RESUMEN

La Auditoría de Gestión en el Hospital Provincial Francisco de Orellana área de salud N°1. Cantón Francisco de Orellana, provincia de Orellana durante el período del 01 de enero al 31 de diciembre del 2016, se ha desarrollado con el propósito de determinar los niveles de eficiencia, eficacia y economía alcanzados durante el periodo evaluado. En la ejecución del examen fue necesario utilizar técnicas de auditoría como la indagación, verificación y confirmación, lo que permitió determinar que la institución hospitalaria desarrolla sus actividades dentro de parámetros aceptables, aun así, requiere de la adopción de medidas correctivas en ciertos procesos para alcanzar una gestión pública eficiente. La aplicación de indicadores de gestión permitió identificar los siguientes hallazgos: la entidad no cuenta con un mapa del riesgo, no se ha establecido la rotación de labores, entre los servidores de la entidad, no se ha realizado la verificación diaria de los ingresos. El resultado de la ejecución de la auditoria se evidencia en el correspondiente informe final, el cual presenta un dictamen razonable. Se llegó a la conclusión de que la mayoría de procesos se encuentran supervisados de manera apropiada, con un promedio del 71% de nivel de confianza y un riesgo del 29%, lo que significa que los rangos alcanzados se encuentran dentro de los parámetros alto – bajo, en vista de lo expresado. Se recomienda realizar un análisis periódico a la gestión pública con la finalidad de conocer que procesos requieren adoptar medidas correctivas para mejorar el desempeño de las actividades y operaciones.

Palabras clave: <CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS> <AUDITORÍA DE GESTIÓN > < INDICADORES DE GESTIÓN > <CONTROL INTERNO> <AUDITORÍA FINANCIERA> <SECTOR PÚBLICO >

ABSTRACT

The Management Audit at the Francisco de Orellana Provincial Hospital, in the health area No. 1. Francisco de Orellana Canton, Orellana province, during the study time period from January 1st to December 31st, 2016, has been developed with the aim of defining the following levels achieved: efficiency, effectiveness, and economy. In the execution of the examination, it was necessary to use audit techniques such as inquiry, verification, and confirmation, which allowed to determine that the hospital institution develops its activities within acceptable parameters, even so, it also requires the adoption of corrective actions based on certain processes to achieve efficient public management. The application of management indicators allowed the identification of the following findings: the entity does not have a risk map, the work rotation has not been established, among the entity's servers, the daily income verification has not been performed. The result of the audit execution is evidenced in the corresponding final report, which presents a reasonable opinion. It was concluded that most processes are properly supervised, with an average of 71% confidence level and a risk of 29%, which means that the ranges reached are within the high parameters-low, in view of the above. It is recommended to perform a periodic analysis of public management in order to know what processes require corrective measures for a better performance of the activities and operations.

Keywords: <ECONOMIC AND ADMINISTRATIVE SCIENCES> <MANAGEMENT AUDIT> <MANAGEMENT INDICATORS> <INTERNAL CONTROL> <FINANCIAL AUDIT> <PUBLIC SECTOR>

INTRODUCCIÓN

La Auditoría de Gestión en el Hospital Provincial Francisco de Orellana área de salud N°1. Cantón Francisco de Orellana, provincia de Orellana durante el período del 01 de enero al 31 de diciembre del 2016, es un proceso sistemático que considera la determinación de los niveles de eficiencia, eficacia y economía en la gestión pública, por lo que ha sido necesario desarrollarlo bajo el siguiente esquema:

Capítulo I: Se lo denomina El Problema, desde este punto se detallan los motivos que generaron el problema motivo de estudio, que objetivos persigue la investigación y las causas que justifican el estudio planteado.

Capítulo II: Marco Teórico, dentro de esta temática se requiere el uso de referencias bibliográficas con alusión al tema de investigación, por lo que se describen temas como la auditoría de gestión, objetivos, alcance e importancia, además de las fases que según los órganos de control deben ejecutarse según el caso, la evaluación al control interno mediante la aplicación de sus cinco componentes, ambiente de control, evaluación del riesgo, actividades de control, información y comunicación, y monitoreo y supervisión. Además de otros temas requeridos.

Capítulo III: Marco metodológico, la temática que se abordó dentro de este capítulo hace relación a los métodos, técnicas e instrumentos necesarios para la recolección de información y su correspondiente procesamiento, el mismo que dio la pauta para asociar las variables de estudio.

Capítulo IV: Marco propositivo, en este punto se desarrollan de manera practica la auditoría considerando lo expuesto en la parte teórica del trabajo, siendo necesario determinar mediante la aplicación de técnicas de auditoría las debilidades existentes en los procesos evaluados para posteriormente emitir un informe final sobre los errores detectados durante el examen de auditoría de gestión.

Para finalizar se emitieron conclusiones y recomendaciones en relación al cumplimiento de los objetivos planteados en el trabajo investigativo.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

Los hospitales públicos son establecimientos dedicados a brindar servicios asistenciales a personas con padecimientos en su salud, ya sea con afecciones que van desde simples, gravísimas, críticas, cuidados paliativos o incluso terminales. Dentro de este contexto las instituciones de salud orientan sus actividades en brindar alivio a los pacientes.

En el Hospital Provincial Francisco de Orellana la problemática se origina principalmente por la falta de control que debe existir en los insumos que se utilizan en el tratamiento a los pacientes, esto debido a la ineficiente gestión por parte de los directivos en solicitar los elementos necesarios para el desarrollo eficiente de las actividades.

El desinterés de las autoridades a cargo de la institución de salud ha generado el retraso en los haberes adeudados tanto al personal como a proveedores, lo que ha ocasionado la desatención en los servicios. Estas situaciones se vienen dando debido a la inoportuna presentación de la documentación que sustenta cada uno de los procesos en la institución y que debe ser enviada oportunamente a los organismos estatales.

Otro de los aspectos que determina esta problemática es el incumplimiento al plan operativo con la asignación de recursos a eventos fuera de programación, olvidando los proyectos prioritarios comprometidos con los objetivos que persigue la casa de salud.

En el periodo 2016 no se ha realizado una Auditoría de gestión en el Hospital Provincial Francisco de Orellana Área de Salud N° 1, por lo que se desconoce los niveles de gestión alcanzados por la institución pública.

1.2 Formulación del problema

¿De qué manera la aplicación de una Auditoría de Gestión en el Hospital Provincial Francisco de Orellana área de salud N° 1 ¿Cantón Francisco de Orellana, provincia de Orellana durante el período del 01 de enero al 31 de diciembre del 2016, permitirá medir el nivel de eficiencia, eficacia y economía de sus operaciones?

1.2.1 *Delimitación del problema.*

Delimitación espacial

La presente investigación se realizará en el Hospital Provincial Francisco de Orellana Área de salud N° 1, de la Provincia Francisco de Orellana

Delimitación temporal

- Período del 01 de enero al 31 de diciembre de 2016.

1.3 Justificación del problema

✓ Aporte Teórico

El presente trabajo de auditoría de gestión al Hospital Provincial Francisco de Orellana Área de Salud N° 1. Por medio de las diferentes teorías de varios autores que tratan sobre el tema durante varios años, tuvo como propósito fundamental determinar la eficacia, eficiencia y economía de la gestión realizada por los funcionarios de la institución de salud, de tal manera que estos resultados contribuyan en la mejora de la administración, selección e integración de los recursos humanos, económicos, financieros y contables, a fin de cumplir con las diversas expectativas de la organización, en su afán de obtener un mejor servicio a los usuarios e incentivar el desarrollo de la misma.

✓ Aporte Metodológico

En el presente trabajo de investigación se utilizará el método inductivo, el cual nos permitirá analizar el desarrollo de las operaciones y actividades realizadas dentro del Hospital Provincial Francisco de Orellana Área de Salud N° 1, a través de una auditoría de Gestión con la finalidad de proponer mejoras en beneficio del Hospital, también se utilizará la investigación de campo porque se recolectará información a través del contacto directo del investigador con la realidad, y la participación directa de los funcionarios del Hospital.

Como técnica de investigación se utilizará; la entrevista, lo que ayudará a obtener información de profesionales relacionados con el área a investigar; la encuesta, esta técnica se aplicará al personal que labora en la institución, con la finalidad de conseguir información suficiente y competente; la observación, se aplicará esta técnica porque se observa atentamente el fenómeno, hecho o caso,

se toma y se registra información para su posterior estudio; el análisis, esta técnica examinará cuidadosamente la información recopilada, se comprueba la calidad de la información y su relevancia ante los hechos advertidos en las etapas de investigación, mediante el cual se define los problemas, precisar su significado y trascendencia, identificar sus causas y buscar las soluciones.

✓ **Aporte Práctico**

La presente investigación tiene como objetivo solucionar la serie de inconvenientes comprobados al interior del Hospital Provincial Francisco de Orellana Área de Salud N° 1 con la finalidad de proporcionar una evaluación independiente sobre el desempeño organizacional, que redunde en la mejora de la eficiencia y eficacia del Hospital, esto permite a la gerencia de la entidad tomar las decisiones más adecuadas en la prestación de servicios de Salud y por lo tanto satisfacer las múltiples necesidades de los pacientes. Para tal efecto es necesario aplicar el modelo COSO I como una herramienta de evaluación del control interno, el cual permite obtener información relevante sobre la situación actual de los controles, que se resume en un informe con recomendaciones para brindar un mejor servicio a los usuarios y de esta manera poder ser más eficaces y eficientes.

Otra de las motivaciones para efectuar la presente auditoría de gestión fue el deseo de incrementar el conocimiento en términos prácticos sobre la ejecución de una Auditoría al Hospital, debemos notar que cada Hospital en nuestro país es una realidad diferente, caracterizada por recursos, objetivos y problemáticas diferentes, lo que les vuelve un tema realmente atractivo de ser estudiado y analizado.

El desarrollo del trabajo de investigación justifica su importancia; práctica y funcional en el ámbito local, regional y por qué no decir a nivel nacional, ya que los resultados obtenidos contribuyen al desarrollo de los diferentes Hospitales, así como para aquellas entidades que se encuentren con los mismos problemas o en su misma situación, siendo una de las primeras acciones para la detección y solución de sus problemas el emprendimiento de una Auditoría de Gestión; y luego pasará al análisis de sus directivos para la toma oportuna y adecuada de las decisiones que creyeran convenientes.

✓ **Aporte Académico**

Desde el punto de vista académico la ESPOCH, pide que se elabore un trabajo de investigación, que justifique los conocimientos adquiridos y su relación con la práctica, previa la obtención del título de Licenciada en Contabilidad y Auditoría.

Para el cumplimiento de este requisito se desarrollará una auditoría de gestión en el Hospital que ayude a solucionar los problemas expuestos anteriormente, y a la vez permita poner en práctica los conocimientos obtenidos y por lo tanto adquirir experiencia profesional.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General

- ✓ Realizar una Auditoría de Gestión en el Hospital Provincial Francisco de Orellana área de salud N° 1. Cantón Francisco de Orellana, Provincia de Orellana durante el período del 01 de enero al 31 de diciembre de 2016, que permita medir el nivel de eficiencia, eficacia y economía de sus operaciones.

1.4.2 Objetivos Específicos

- ✓ Realizar un diagnóstico sobre la situación actual del Hospital Provincial de Orellana Área de Salud N° 1, para medir su nivel de gestión pública.
- ✓ Realizar una evaluación al Control Interno mediante las normas establecidas por la Contraloría General del Estado, para determinar el riesgo y confianza de sus diferentes actividades, así como la aplicación de indicadores de gestión para evaluar la eficiencia, eficacia y economía de los recursos
- ✓ Emitir el informe final de Auditoría de Gestión, con sus respectivas conclusiones y recomendaciones que permita mejorar la gestión y economía de los recursos del Hospital Provincial de Orellana Área de Salud N° 1.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes Históricos

(Villalta, 2015, pág. 199), en la aplicación de una auditoría de gestión a la Gasolinera Amazonas ubicada en el Cantón Francisco de Orellana, Provincia de Orellana en el periodo comprendido del 01 de enero del 2009 al 31 de diciembre del 2011 expresa que:

“La realización y aplicación del trabajo de auditoría es muy importante dentro del ámbito empresarial, ya que ayuda a evidenciar hallazgos negativos que estén afectando el buen funcionamiento de la empresa, así como también ayuda al control de las diferentes actividades con el propósito de encaminar y direccionar al cumplimiento y logro de objetivos y metas que se encuentren fijados dentro de la empresa”. (p.199)

(Loza Buestan, K. 2015), Auditoría de Gestión a la Cooperativa De Ahorro y Crédito Divino Niño del Cantón Cumandá, provincia de Chimborazo, periodo 2013 indica:

“La problemática que enfrenta la Cooperativa De Ahorro y Crédito Divino Niño, se ha generado porque no se ha realizado anteriormente una auditoría de gestión, por tal motivo se ha medido el cumplimiento de los objetivos y metas de manera eficiente, eficaz y económica, con lo cual se ha verificado la utilización de los recursos”. (p.251)

(Espinoza, G. y Cajo Calero M. 2013), Auditoría De Gestión para el mejoramiento de los sistemas de Talento Humano en la Clínica Médica Moderna de la ciudad de Riobamba, período 2011, manifiesta lo siguiente:

“El desarrollo de la presente auditoria a los subsistemas de talento humano, en la Clínica Médica Moderna de la ciudad de Riobamba, nos permitió redimensionar la importancia de la administración del Talento Humano, como característica predominante que hace la diferencia entre empresas y organizaciones exitosas y empresas u organizaciones destinadas al fracaso”. (p. 209)

(Salavarría, J. 2014), Auditoria de Gestión a la Dirección Provincial de Educación Hispana De Orellana, en el periodo comprendido entre el 01 de enero al 31 de diciembre de 2012, indica que:

“La auditoría de gestión aplicada a la Dirección Provincial de Educación Hispana De Orellana, constituyó una herramienta substancial para evaluar el desempeño de los procesos y actividades

de la institución, enfocada a la consecución de la economía, eficiencia, eficacia y ética en el manejo de los recursos; con el fin de presentar un producto profesional a la Máxima Autoridad y Funcionarios Responsables, que les permita tomar acciones correctivas y manejar los procesos institucionales". (p. 200)

De acuerdo a lo expuesto anteriormente podemos señalar que; la auditoría de gestión, es en una herramienta fundamental, la cual nos permite evaluar en forma objetiva y concreta el nivel de eficiencia, eficacia, economía y ética en el manejo de los recursos y la realización de las actividades de toda área o empresa.

2.2 Fundamentación Teórica

2.2.1 Auditoría

La auditoría es un proceso sistemático para obtener y evaluar de manera objetiva las evidencias relacionadas con informes sobre actividades económicas y otros acontecimientos relacionados. El fin del proceso consiste en determinar el grado de correspondencia del contenido informativo con las evidencias que le dieron origen, así como determinar si dichos informes se han elaborado observando principios establecidos para el caso.(Gutiérrez, 2009).

2.2.2 Importancia de la auditoría

Para (Andrade, 2010), la auditoría de gestión surgió de la necesidad para medir y cuantificar los logros alcanzados por la empresa en un período de tiempo determinado. Surge como una manera efectiva de poner en orden los recursos de la empresa para lograr un mejor desempeño y productividad. Desde el mismo momento en que existió el comercio se llevaron a cabo auditorías de algún modo.

Hoy en día, el inversionista, el accionista, las actividades del gobierno, y el público en general, busca información con el fin juzgar la calidad administrativa de los procesos. Se recomienda hacer una auditoría al menos una vez al año, de esa forma se logrará un mejor control sobre los procesos de gestión en la empresa, permitiendo un crecimiento ordenado que garantice la sostenibilidad de la organización a largo plazo.

2.2.3 Tipos de auditoría

- ✓ **Auditoría Financiera.** - “Es un examen a los estados financieros que tiene por objeto determinar si los estados financieros auditados presentan razonablemente la situación financiera de la empresa, de acuerdo a los Principios de Contabilidad Generalmente Aceptados (PCGA)”. El auditor financiero verifica si los estados financieros presentados por la gerencia corresponden con los datos encontrados por él.
- ✓ **Auditoría Informática.** - La Auditoría informática tiene como objeto de estudio el área de sistemas computarizados. Y tienen como objetivo emitir una opinión independiente sobre la validez técnica del sistema de control interno informático y sobre el grado de confiabilidad de la información generada por el sistema auditado.
- ✓ **Auditoría Tributaria.** - Esta modalidad de auditoría tiene como objeto el estudio del área de impuestos de la entidad auditada y como objetivo emitir una opinión independiente en relación con la validez de la aplicación de las normas tributarias a las operaciones económicas de las organizaciones auditadas.
- ✓ **Auditoría Operativa.** - Es un examen objetivo, sistemático y profesional de evidencias, llevado a cabo con el propósito de hacer una evaluación independiente sobre el desempeño de una entidad, proceso administrativo, programa o actividad, orientada a mejorar la efectividad, eficiencia y economía en el uso de los recursos humanos y materiales para facilitar la toma de decisiones.
- ✓ **Auditoría de Gestión Ambiental:** examen que se le hace a las entidades responsables de hacer cumplir las leyes, normas y regulaciones relacionadas con el medio ambiente. Se lleva a cabo cuando se cree que la entidad rectora o responsable de hacer cumplir las leyes ambientales, no lo está haciendo adecuadamente.
- ✓ **Auditoría de Recursos Humanos:** Examen que se hace al área de personal, para evaluar su eficiencia y eficacia en el manejo del personal y los controles que se ejercen con los expedientes, asistencia y puntualidad, nóminas de pago, políticas de atención social y promociones, etc. (Maldonado M. , 2006)

2.2.4 Auditoría de Gestión.

Según lo expresado por (Maldonado, 2006) La auditoría de gestión “es un examen completo y constructivo de la estructura organizativa de una empresa, institución o departamento gubernamental; o de cualquiera otra entidad y de sus métodos de control, medios de operación y empleo que dé a los recursos humanos y materiales.

2.2.4.1 Importancia

Para (Andrade, 2010), la auditoría de gestión surgió de la necesidad para medir y cuantificar los logros alcanzados por la empresa en un período de tiempo determinado. Surge como una manera efectiva de poner en orden los recursos de la empresa para lograr un mejor desempeño y productividad. Desde el mismo momento en que existió el comercio se llevaron a cabo auditorías de algún modo.

Hoy en día, el inversionista, el accionista, las actividades del gobierno, y el público en general, busca información con el fin juzgar la calidad administrativa de los procesos. Se recomienda hacer una auditoría al menos una vez al año, de esa forma se logrará un mejor control sobre los procesos de gestión en la empresa, permitiendo un crecimiento ordenado que garantice la sostenibilidad de la organización a largo plazo.

2.2.4.2 Alcance de la auditoría de gestión

(Maldonado, 2006), establece que en la Auditoría de Gestión “puede alcanzar un sector de la economía, todas las operaciones de la entidad inclusive las financieras o puede limitarse a cualquier operación, programa, sistema o actividad específica”.

Tanto en la administración como el personal que lleva a cabo la auditoría debe de estar de acuerdo en cuanto al alcance en general, si se conoce que esta auditoría incluye una evaluación detallada de cada aspecto operativo de la organización, es decir que el alcance debe tener presente: Satisfacción de los objetivos institucionales. Nivel jerárquico de la empresa.

La participación individual de los integrantes de la institución. De la misma forma sería oportuno considerar en la Auditoría de Gestión, por la amplitud del objetivo de esta revisión:

Regulaciones: Evaluar el cumplimiento de la legislación, política y procedimientos establecidos por los órganos y organismos estatales.

Eficiencia y Economía: Involucra la utilización del personal, instalaciones, suministros, tiempos y recursos financieros para obtener máximos resultados con los recursos proporcionados y utilizarlos con el menor costo posible.

Eficacia: Se relaciona con el logro de las metas y los objetivos para los cuales se proporcionan los recursos.

Salvaguarda de Activos: Contempla la protección contra sustracciones obsolescencia y uso indebido.

Calidad de la Información: Abarca la exactitud, la oportunidad, lo confiable, la suficiencia y la credibilidad de la información, tanto operativa como financiera.

La auditoría de gestión alcanza a validar todas las operaciones y procedimientos de la entidad y su oportunidad de mejora enfocándose en la eficiencia, eficacia, economía, calidad de la información, y cumplimiento de leyes, procedimientos y políticas.

2.2.4.3 Objetivos de la auditoría de gestión

(Blanco, 2011), indica que la auditoría de gestión formula y presenta una opinión sobre los aspectos administrativos, gerenciales y operativos, poniendo énfasis en el grado de efectividad y eficiencia con que se han utilizado los recursos materiales y financieros mediante modificación de políticas, controles operativos y acción correctiva desarrolla la habilidad para identificar las causas operacionales y posteriores y explican síntomas adversos evidente en la eficiente administración. Los objetivos de la auditoría de gestión son:

- “Identificar las áreas de reducción de costos, mejorar los métodos operativos e incrementar la rentabilidad con fines constructivos y de apoyo a las necesidades examinadas”.
- Determinar si la función o actividad bajo examen podría operar de manera más eficiente, económica y efectiva, a más de determinar si la producción del departamento cumple con las especificaciones dadas; en consecuencia, se dan variados informes, presupuestos y pronósticos que, así como también los Estados Financieros.
- Establecer el grado en que la entidad y sus servidores han cumplido adecuadamente los deberes y atribuciones que les han sido asignados.
- Determinar el grado en que el organismo y sus funcionarios controlan y evalúan la calidad tanto en los servicios que presta como en los procesos realizados.

- Estimular la adherencia del personal al cumplimiento de los objetivos y políticas de la entidad y mejorar los niveles de productividad, competitividad y de calidad de la entidad.
- Establecer si los controles gerenciales implementados en la entidad o programa son efectivos y aseguran el desarrollo eficiente de las actividades y operaciones.

En conclusión el objetivo de la auditoría de Gestión es determinar si se ha realizado alguna deficiencia importante en la política, procedimientos, disposiciones legales o técnicas y verificar que la entidad auditada cumpla con los objetivos de la entidad basándose en principios de economía, eficiencia, eficacia, efectividad, equidad, excelencia, con la finalidad de formular recomendaciones oportunas que permitan reducir costos, mejorar la productividad, la competitividad y la calidad de la entidad.

2.2.5 Fases de la auditoría de gestión

Según Maldonado, señala en las fases de la auditoría de gestión lo siguiente:

2.2.5.1 Fase I

Conocimiento Preliminar

Es el inicio de un diagnóstico (conocimiento Preliminar), entre sus objetivos más importantes está en obtener un conocimiento integral de la empresa. La condición que satisface cubre en forma efectiva el objetivo de esta fase es tener un conocimiento claro de la misión, visión objetivos, metas políticas estrategias y cultura organizacional tanto en su nivel estratégico, como en los niveles táctico y operativo, manteniendo un enfoque sistemático, es decir, considerando las interrelaciones que existen entre factores y el entorno; así como las acciones estratégicas adoptadas para el cumplimiento de la misión en la organización de la Auditoría. (Maldonado M. , 2006)

2.2.5.2 Fase II

✓ Planificación Específica

La planificación específica de la auditoría de gestión cumple con el objetivo fundamental, diseñar una estrategia de trabajo a la medida de las necesidades de la organización: El cómo, una vez que disponemos de la información de la fase preliminar, nos familiarizaremos con los principales componentes determinados los que nos permite evaluar el nivel de cumplimiento en los controles internos de los procesos relacionados con estas áreas. Para que, una vez identificadas los objetivos de la Auditoría, el Auditor revisa y analiza la información y documentación obtenida en la fase anterior, con la finalidad de identificar controles claves, para verificar su cumplimiento y ejecutar una evaluación del control interno, aplicando indicadores de efectividad al cumplimiento de controles. De esta forma el Auditor define los procedimientos que requiera de acuerdo a las circunstancias que refuercen aquellos controles clave cuyo cumplimiento o funcionamiento es débil (Maldonado M. , 2006).

• Control Interno

El sistema de control interno comprende el plan de la organización y todos los métodos coordinados y medidas adoptadas dentro de una empresa con el fin de salvaguardar sus activos y verificar la confiabilidad de los datos contables(Franklin E. B., 2007).

Definición del control interno

El control interno es un método de organización en el que una empresa se protege y garantiza que tiene el control de sus cuentas contables, procedimientos diarios y negocios, y que están siguiendo las políticas. Se compone de diferentes controles, procedimientos, investigaciones y sistemas para garantizar que la empresa está funcionando bien y con inclinación al reglamento. El control interno esencialmente protege a la compañía de sí misma, salvaguardándola contra peligros tales como el fraude y la corrupción. Las empresas generalmente aplican sus propias definiciones de control interno y estructuran un programa que se adapte a sus necesidades e intereses individuales. Control interno, es una expresión que utilizamos con el fin de describir las acciones adoptadas por los directores de entidades, gerentes o administradores, para evaluar y monitorear las operaciones en sus entidades. El sistema de control interno comprende el plan de la organización y todos los métodos coordinados y medidas adoptadas dentro de una empresa con el fin de salvaguardar sus activos y verificar la confiabilidad de los datos contable (Gutiérrez, 2009).

- **Evaluación del sistema de control interno**

La evaluación del sistema del control interno permite determinar los resultados a medida que sigue el proceso de las actividades en la empresa, y por eso se debe evaluar continuamente la forma de ejecución del control interno y su cumplimiento, y así establecer acciones orientadas al logro de objetivos y mantener la mejora continua. (Gutiérrez, 2009)

- **COSO II**

Toma muchos aspectos importantes que el coso I no considera, como, por ejemplo:

- El establecimiento de objetivos
- Identificación de riesgo
- Respuesta a los riesgos

Se puede decir que estos componentes son claves para definir las metas de la empresa. Si los objetivos son claros se puede decidir qué riesgos tomar para hacer realidad las metas de la organización. De esta manera se puede hacer una clara identificación, evaluación, mitigación y respuesta para los riesgos.

- **Componentes de Control Interno**

De acuerdo a las expresiones de (Cuellar, 2006), los componentes del control interno son:

Ambiente de control

La organización debe establecer un entorno que permita el estímulo y produzca influencia en la actividad del recurso humano respecto al control de sus actividades. Para que este ambiente de control se genere se requiere de otros elementos asociados al mismo los cuales son:

- Integridad y valores éticos. Se deben establecer los valores éticos y de conducta que se esperan del recurso humano al servicio del Ente, durante el desempeño de sus actividades propias. Los altos ejecutivos deben comunicar y fortalecer los valores éticos y conductuales con su ejemplo.

- Competencia. Se refiere al conocimiento y habilidad que debe poseer toda persona que pertenezca a la organización, para desempeñar satisfactoriamente su actividad.
- Experiencia y dedicación de la Alta Administración. Es vital que quienes determinan los criterios de control posean gran experiencia, dedicación y se comprometan en la toma de las medidas adecuadas para mantener el ambiente de control.
- Filosofía administrativa y estilo de operación. Es sumamente importante que se muestre una adecuada actitud hacia los productos de los sistemas de información que conforman la organización. Aquí tienen gran influencia la estructura organizativa, delegación de autoridad y responsabilidades y políticas y prácticas del recurso humano. Es vital la determinación actividades para el cumplimiento de la misión de la empresa, la delegación autoridad en la estructura jerárquica, la determinación de las responsabilidades a los funcionarios en forma coordinada para el logro de los objetivos.

Evaluación de riesgo

Riesgos. Los factores que pueden incidir interfiriendo el cumplimiento de los objetivos propuestos por el sistema (organización), se denominan riesgos. Estos pueden provenir del medio ambiente o de la organización misma. Se debe entonces establecer un proceso amplio que identifique y analice las interrelaciones relevantes de todas las áreas de la organización y de estas con el medio circundante, para así determinar los riesgos posibles.

Toda organización se encuentra sumergida en un medio ambiente cambiante y turbulento muchas veces hostil, por lo tanto, es de vital importancia la identificación y análisis de los riesgos de importancia para la misma, de tal manera que los mismos puedan ser manejados. La organización al establecer su misión y sus objetivos debe identificar y analizar los factores de riesgo que puedan amenazar el cumplimiento de los mismos. La evaluación de riesgos presenta los siguientes aspectos sobresalientes:

Análisis de riesgos y su proceso. Los aspectos importantes a incluir son entre otros:

- Estimación de la importancia del riesgo y sus efectos
- Evaluación de la probabilidad de ocurrencia
- Establecimiento de acciones y controles necesarios
- Evaluación periódica del proceso anterior

Actividades de control

Las actividades de una organización se manifiestan en las políticas, sistemas y procedimientos, siendo realizadas por el recurso humano que integra la entidad. Todas aquellas actividades que se orienten hacia la identificación y análisis de los riesgos reales o potenciales que amenacen la misión y los objetivos y en beneficio de la protección de los recursos propios o de los terceros en poder de la organización, son actividades de control. Estas pueden ser aprobación, autorización, verificación, inspección, revisión de indicadores de gestión, salvaguarda de recursos, segregación de funciones, supervisión y entrenamiento adecuado.

Información y comunicación

La capacidad gerencial de una organización está dada en función de la obtención y uso de una información adecuada y oportuna. La entidad debe contar con sistemas de información eficientes orientados a producir informes sobre la gestión, la realidad financiera y el cumplimiento de la normatividad para así lograr su manejo y control.

Los datos pertinentes a cada sistema de información no solamente deben ser identificados, capturados y procesados, sino que este producto debe ser comunicado al recurso humano en forma oportuna para que así pueda participar en el sistema de control. La información por lo tanto debe poseer unos adecuados canales de comunicación que permitan conocer a cada uno de los integrantes de la organización sus responsabilidades sobre el control de sus actividades. También son necesarios canales de comunicación externa que proporcionen información a los terceros interesados en la entidad y a los organismos estatales.

Supervisión y monitoreo

Planeado e implementado un sistema de Control Interno, se debe vigilar constantemente para observar los resultados obtenidos por el mismo.

Todo sistema de Control Interno por perfecto que parezca, es susceptible de deteriorarse por múltiples circunstancias y tiende con el tiempo a perder su efectividad. Por esto debe ejercerse sobre el mismo una supervisión permanente para producir los ajustes que se requieran de acuerdo a las circunstancias cambiantes del entorno.

La Administración tiene la responsabilidad de desarrollar, instalar y supervisar un adecuado sistema de control interno. Cualquier sistema, aunque sea fundamentalmente adecuado, puede deteriorarse sino se revisa periódicamente. Corresponde a la administración la revisión y evaluación sistemática de los componentes y elementos que forman parte de los sistemas de control. La evaluación busca identificar las debilidades del control, así como los controles insuficientes o inoperantes para robustecerlos, eliminarlos o implantar nuevos. La evaluación puede ser realizada por las personas que diariamente efectúan las actividades, por personal ajeno a la ejecución de actividades y combinando estas dos formas.

2.2.5.3 Fase III

Ejecución del Trabajo

En esta fase el auditor debe aplicar los procedimientos establecidos en los programas de auditoría y desarrollar completamente los hallazgos significativos relacionados con las áreas y componentes considerados como críticos, determinando los atributos de condición, criterio, efecto y causa que motivaron cada desviación o problema identificado. Todos los hallazgos desarrollados por el auditor, estarán respaldados en papeles de trabajo en donde se concreta la evidencia suficiente, pertinente, competente y adecuada, que respalda la opinión y el informe y que pueda ser sustentada en juicio (Maldonado M. , 2006).

2.2.5.4 Fase IV

Comunicación de resultados

a. Informe

Es de fundamental importancia que el auditor mantenga una comunicación continua y constante con los funcionarios y empleados relacionados con el examen, con el propósito de mantenerles informados sobre las deficiencias y desviaciones detectadas a fin de que en forma oportuna se presente los justificativos o se tomen las acciones correctivas pertinentes. La comunicación de resultados es la fase del proceso de la auditoría, sin embargo, ésta se cumple durante la ejecución del examen. Está dirigida a los funcionarios de la entidad examinada con el propósito de que presenten la información verbal o escrita respecto a los asuntos observados. Esta fase comprende también, la redacción y revisión final del borrador del informe, que será elaborado en el transcurso del examen, con el fin de que, al finalizar el trabajo en el campo y previa convocatoria, se comunique los resultados mediante su lectura a las autoridades, funcionarios y ex funcionarios

responsables de las operaciones examinadas. El informe contendrá los comentarios, conclusiones y recomendaciones relativos a los hallazgos de Auditoría. Tratándose de Auditoría Financiera incluirá la carta de dictamen, los estados financieros y las notas aclaratorias correspondientes (Maldonado M. , 2006).

2.2.5.4 Fase V

b. Seguimiento

Como anexo al informe de Auditoría, se integró el plan de implementación de recomendaciones, documentos que es el insumo básico para la fase de seguimiento y monitoreo. Es que su estructura incluye todos los elementos para verificar la aplicación certera de los correctivos. Por lo tanto, esta fase comprende el seguimiento mediante la evaluación al cumplimiento de las acciones correctivas, es decir, en esta fase se sustenta el valor agregado del trabajo del Auditor. El impacto que busca la labor de Auditoría de gestión es que las organizaciones mejoren su gestión integral (Maldonado M. , 2006).

Según mi criterio las fases de la auditoría de gestión permiten cumplir con todas las actividades desarrolladas por parte del auditor, siguiendo el proceso debido y exponiendo con claridad y firmeza todos los hallazgos dentro de un informe final.

2.2.6 El riesgo en auditoría

Concepto

Según (IBÍDEM 19. 2009) manifiesta que:

El riesgo en auditoría es el resultado de que los estados financieros contables contengan errores u omisiones significativos en su conjunto, no detectados o evitados por los sistemas de control de la entidad, ni por el propio proceso de auditoría. En definitiva, es el riesgo de emitir un informe de auditoría inadecuado. El riesgo asociado a cada componente de los estados financieros viene determinado por diversas circunstancias y factores de tipo cualitativo y cuantitativo.

Factores cualitativos:

- Efectividad de los controles internos vigentes (existencia de puntos débiles en el sistema de control interno).

- Complejidad de los procedimientos contables.
- Características del negocio: tipo de operaciones y naturaleza de los productos y servicios.
- Coyuntura económica general.
- Naturaleza de la partida analizada.
- Organización del ente a auditar.
- Cantidad y calidad del personal.
- Integridad de la gerencia.
- Cambios en los procedimientos contables.
- Conocimiento del cliente (auditoría recurrente o nueva auditoría).

Factores cuantitativos:

Significatividad o importancia relativa de la partida a auditar respecto del conjunto de los estados contables.

Volumen de transacciones realizadas por la entidad a auditar.

Según la (Contraloría General del Estado 2009) sobre los riesgos de auditoría manifiesta: Que, al ejecutarse la Auditoría de Gestión, no estará exenta de errores y omisiones importantes que afecten los resultados del auditor expresados en su informe. Por lo tanto, deberá planificarse la auditoría de modo tal que se presenten expectativas razonables de detectar aquellos errores que tengan importancia relativa; a partir de:

- Criterio profesional del auditor
- Regulaciones legales y profesionales
- Identificar errores con efectos significativos.

Composición del riesgo de auditoría

(IBÍDEM 19. 2009) manifiesta que el riesgo global de auditoría cabe descomponerlo en:

Riesgo inherente: Es el riesgo de que ocurran errores significativos en la información contable, independientemente de la existencia de los sistemas de control. El tipo de riesgo depende:

- De tipo de negocio.
- De su medio ambiente.
- Del tipo de transacciones.

El riesgo inherente afecta a la extensión del trabajo de auditoría, por ello a mayor riesgo inherente deberá existir una mayor cantidad de pruebas para satisfacer determinadas afirmaciones, transacciones o acontecimientos afectados por el riesgo.

Riesgo de control: Es el riesgo de que el sistema de control interno del cliente no prevenga, detecte o corrija dichos errores. Este tipo de riesgo se evalúa mediante el conocimiento y comprobación, a través de pruebas de cumplimiento, del sistema de control interno.

Riesgo de detección: Es el riesgo de que un error u omisión significativa existente no sea detectado, por último, por el propio proceso de auditoría. El nivel de riesgo de no detección está directamente relacionado con los procedimientos de auditoría debido a:

- La ineficiencia de los procedimientos de auditoría aplicados.
- La inadecuada aplicación de dichos procedimientos.
- Al deficiente alcance y oportunidad de los procedimientos seleccionados.
- La inapropiada interpretación del resultado de los procedimientos.

En base a lo anterior, se puede mencionar que el riesgo de auditoría es el resultado de errores significativos no detectados por el sistema de control interno de la entidad, por los procesos de auditoría, conllevando a emitir un informe de auditoría inadecuado.

2.2.7 Papeles de trabajo

En Auditoría se puede afirmar que los papeles de trabajo son todas aquellas cédulas y documentos que son elaborados por el Auditor u obtenidos por él durante el transcurso de cada una de las fases del examen. Los papeles de trabajo son la evidencia de los análisis, comprobaciones, verificaciones, interpretaciones, etc., en que se fundamenta el Contador Público, para dar sus opiniones y juicios sobre el sistema de información examinado. Los papeles de trabajo constituyen un medio de enlace entre los registros de contabilidad de la empresa que se examina y los informes que proporciona el Auditor. Algunos papeles de trabajo son elaborados por el propio Auditor, y se denominan Cédulas. Otros son obtenidos por medio de su cliente o por terceras personas (cartas, certificaciones, estado de cuentas, confirmaciones, etc.) pero al constituirse en pruebas o elementos de comprobación y fundamentación de la opinión, se incorporan al conjunto de evidencia que constituyen en general, los papeles de trabajo. El cumplimiento de la segunda Norma de Auditoría referente a la "obtención de evidencia suficiente y competente" queda almacenado en los papeles de trabajo del Auditor.(Gutiérrez, 2009)

En esta fase se evalúa la gestión a través de la aplicación de indicadores, permitiendo con esto, la determinación de inconformidades o situaciones no deseadas que deben ser corregidas en forma oportuna, siendo este proceso, el de mejoramiento, es decir, el valor agregado que busca la auditoría, cuyo fin primordial es corregir inconformidades con respecto a los estándares planificados.(Gutiérrez, 2009)

El producto de esta fase, es preparar un informe que contiene comentarios, conclusiones y recomendaciones, actividad concluyente de la fase de comunicación, cuando se efectúa la homologación de los resultados. Esta fase es la más extensa de la Auditoría de Gestión en donde se integran los especialistas y se conforma el equipo multidisciplinario(Gutiérrez, 2009).

Propósitos principales de los papeles de trabajo

Según (De la Peña Gutierrez, 2011, pág. 71), en su libro de Auditoria un Enfoque Práctico indica que, los papeles de trabajo con el conjunto de documentos donde constan las tareas realizadas, los elementos de juicio obtenidos y las conclusiones a la que llegó el auditor. Constituyen, por tanto, la base para la emisión del informe y su respaldo.

Su función es la de ayudar al auditor a planificar y ejecutar una auditoría y, posteriormente, a facilitar su revisión y supervisión ya que en ellos se encuentra la evidencia obtenida por el auditor en el desarrollo de su trabajo.

Han de ser siempre lo suficientemente detallados y completos para que otro auditor sin relación previa con la auditoria efectuada sea capaz de identificar el trabajo realizado para soportar las conclusiones obtenidas.

En definitiva, los papeles de trabajo son el registro que el auditor conserva del trabajo planificado y ejecutado, donde recoge los procedimientos de auditoria, empleados en cada área de trabajo, la información obtenida y las conclusiones formuladas, por lo que deben elaborarse a medida que se van ejecutando cada una de las fases que componen el desarrollo de una auditoría.

Según (Mira Navarro, 2006, pág. 29), en su libro de apuntes de auditoria expresa que, los papeles de trabajo son documentos preparados por el auditor que le permiten tener informaciones y pruebas de la auditoría efectuada, así como las decisiones tomadas para formar su opinión. Su misión es ayudar en la planificación y realización de la auditoría y en la supervisión y revisión de la misma y suministrar evidencias del trabajo llevado a cabo para argumentar su opinión.

Han de ser completos y detallados para que un auditor normal experto, sin haber visto dicha auditoría, sea capaz de averiguar a través de ellos las conclusiones obtenidas.

Deben estar redactados de forma que la información que contengan sea clara e inteligible. Deberán facilitar de un vistazo una rápida evaluación del trabajo realizado.

Es el registro material que conserva el auditor del trabajo realizado, incluyendo los procedimientos empleados, pruebas realizadas e información obtenida.

Objetivos de los papeles de trabajo

Los objetivos que se persiguen con su elaboración son los siguientes:

✓ Objetivo principal:

Servir como evidencia del trabajo realizado por el auditor y de base para las conclusiones del mismo que posteriormente se plasmaran en el informe de auditoría.

✓ Objetivos secundarios:

- Facilitar el desarrollo del trabajo y la supervisión de los colaboradores.
- Constituir un precedente valioso para la programación de posteriores auditorias del mismo cliente o de otros de similares características.
- Permitir informar al cliente sobre las definiciones observadas.
- Facilitar la continuidad del trabajo en el caso de que éste deba ser concluido por una persona distinta de la lo inició.
- Permitir la revisión de la calidad del trabajo efectuado a los organismos encargados del control de calidad de la auditoria

Los papeles de trabajo son propiedad del auditor, ya que es el elemento tangible donde queda constancia del trabajo efectuado y de las conclusiones obtenidas por el mismo, quien debe consérvalos durante un periodo de seis años.

Los papeles de trabajo están contenidos por todos aquellos documentos que cualquier tipo que el auditor crea necesario utilizar para desarrollar su trabajo y obtener la evidencia necesaria para poder emitir su informe.

2.2.7.1 Clases de papeles de trabajo:

En función de la fuente de la que proceden, los papeles de trabajo se pueden clasificar en tres apartados:

- **Papeles preparados por la propia entidad auditada:** están formados por toda la documentación que la empresa pone al servicio del auditor para que éste pueda desarrollar su trabajo (estados financieros, documentos contables, escrituras, actas, contratos, facturas, albaranes, etc.)
- **Confirmaciones de terceros:** se trata de documentos preparados bien por la propia entidad o por el auditor, en el que se solicita a un tercero, que mantiene un relación económica con la empresa (clientes, proveedores, entidades financiera, etc.), que confirmen los saldos que aparecen en la contabilidad de la misma, o bien se solicita a diversos profesionales con los que dicha empresa mantiene contratos de prestaciones de servicios (abogados, asesores, etc.), que confirmen los posibles riesgos existentes a una fecha determinada
- **Papeles preparados por el auditor:** se trata de documentación elaborada por el propio auditor a lo largo del trabajo: cuestionarios, programas, descripciones, hojas de trabajo en las que se detallan transacciones, cálculos, pruebas, conclusiones obtenidas y ajustes o reclasificación propuestos.

Documentación de los papeles de trabajo

Como ya hemos puesto de manifiesto, los papeles de trabajo constituyen la documentación que soporta el trabajo realizado por el auditor y, al tener diversas procedencias, pueden tener distintas características y tamaños en función del contenido de la información que recogen.

Con el fin de que puedan archivarse adecuadamente, y permitir el seguimiento de la auditoría realizada a otra persona distinta de la que ha efectuado el trabajo, es necesario que los papeles de trabajo reúnan una serie de características, que para el REA (Registro de Economistas Auditores) serían las siguientes:

- **Completo:** el contenido y el diseño de cada hoja de trabajo estará en función de los objetivos que se pretende alcanzar con la misma, no obstante, es posible fijar una serie de datos que deberán figurar en todas las hojas o cédulas de trabajo:
 - El nombre del cliente (empresa o entidad auditada).
 - Fecha del examen.
 - Descripción del propósito del papel de trabajo.
 - Nombre de la persona que lo ha preparado.
 - Nombre de la persona que lo ha revisado (distinta de la que lo preparó).
 - Fecha de la revisión.
 - Referencia de la hoja de trabajo.
 - Detalle, cifras y explicaciones necesarias, tanto sobre los datos financieros que contiene la hoja como sobre los procedimientos de verificación utilizados.
 - Referencias cruzadas de los datos que aparecen en la hoja con los de otras hojas.
 - Fuentes de información de los datos incluidos en la hoja de trabajo.
 - Conclusiones alcanzadas del trabajo efectuando.
 - En su caso, ajustes y reclasificaciones propuestos en función de las conclusiones alcanzadas.
- **Claros:** la presentación y el contenido de cada papel de trabajo deben permitir que una persona no familiarizada con el trabajo pueda comprenderlos.
- **Concisos:** solo deben confeccionarse los papeles de trabajo que sean estrictamente necesarios, y cada uno de ellos debe contener lo esencial para su comprensión, debiéndose eliminar los detalles no necesarios. (De la Peña Gutierrez, 2011, págs. 72-73)

Contenido mínimo de los papeles

- Evidencia los estados contables y demás información, sobre los que va a opinar el auditor. Presenta la conformidad de acuerdo con los registros de la empresa.
- Relación de los pasivos y activos, demostrando cómo tiene el auditor evidencia de su existencia física y valoración.
- Análisis de las cifras de ingresos y gastos que componen la cuenta de resultados.
- Prueba de que el trabajo fue bien ejecutado, supervisado y revisado.
- Forma del sistema de control interno que ha llevado el auditor y el grado de confianza de ese sistema y cuál es el alcance realizado para revisar las pruebas sustantivas.
- Detalle de las definiciones o desviaciones en el sistema de control interno y conclusiones a las que llega.
- Detalle de las contrariedades en el trabajo y soluciones a las mismas.

Evidencias suficientes y competentes

(Estupiñan Gaitan, 2015)Manifiesta que:

“Las evidencias de auditoría constituyen los elementos de prueba que obtiene el auditor sobre los hechos que examina y cuando éstas son suficientes y competentes, son el respaldo del examen y sustentan el contenido del informe. El auditor dedica la mayor parte de su trabajo a la obtención o elaboración de las evidencias, lo que logra mediante la aplicación de las técnicas de auditoría”

Elementos

Para que sea una evidencia de auditoría, se requiere la unión de dos elementos:

- Evidencia suficiente (característica cuantitativa) y Evidencia competente (característica cualitativa), proporcionan al auditor la convicción necesaria para tener una base objetiva en su examen.
- Evidencias Competentes. - Cuando, de acuerdo a su calidad, son válidas y relevantes.

Clases

- Física. - Que se obtiene por medio de una inspección y observación directa de actividades, documentos y registros.
- Testimonial. - Que es obtenida en entrevistas cuyas respuestas son verbales y escritas, con el fin de comprobar la autenticidad de un hecho.
- Documental. - Son los documentos logrados de fuente externa o ajena a la entidad.
- Analítica. - Es la resultante de computaciones, comparaciones con disposiciones legales, raciocinio y análisis.

Confiabilidad

Para que la evidencia sea aceptable, debe ser creíble y confiable. La calidad de la evidencia varía considerablemente según la fuente que la origina, como se demuestra en el siguiente cuadro:

Tabla 1-2: Calidad de la evidencia

MAYOR CONFIABILIDAD	MENOR CONFIABILIDAD
<ul style="list-style-type: none">• Obtenida a partir de personas o hechos independientes de la entidad.• Producida por una estructura de control interno efectivo.• Por conocimiento directo: Observación, inspección o reconstrucción.• De la alta dirección.	<ul style="list-style-type: none">• Obtenida dentro de la entidad.• Producida por una estructura de control interno débil.• Por conocimiento indirecto: Confianza en el trabajo de terceras personas. Ejemplo: auditores internos.• Del personal de menor nivel.

Fuente: La Contraloría General del Estado (2009)

Elaborado por: Deysi, Espinoza. (2019)

En conclusión, la evidencia suficiente y competente es aquella que se obtiene por medio de análisis, inspección, observación, interrogación, confirmación, y otros procedimientos de auditoría, con el propósito de allegar bases razonables para el otorgamiento de un dictamen sobre la situación actual del ente auditado, la evidencia será suficiente cuando por los resultados de la aplicación de procedimientos de auditoría se comprueben razonablemente los hechos revelados y la evidencia será competente cuando sea válida y confiable, por este motivo la información que se obtiene de fuentes independientes es más confiable.

2.2.8 Normas de auditoría

Según (Instituto de Contabilidad y Auditoría de Cuentas, 2010, págs. 5-28), las Normas Técnicas de Auditoría constituyen los principios y requisitos que debe observar necesariamente el auditor de cuentas en el desempeño de su función para expresar una opinión técnica responsable.

Las Normas Técnicas se clasifican en:

- Normas generales.
- Normas sobre ejecución del trabajo.
- Normas sobre informes.

2.2.8.1 Normas de carácter general

Naturaleza: Estas Normas regulan las condiciones que deben reunir el auditor de cuentas y su comportamiento en el desarrollo de la actividad de auditoría de cuentas.

Formación técnica y capacidad profesional: La auditoría debe llevarse a cabo por una persona o personas que tengan formación técnica y capacidad profesional como auditores, y tengan la autorización exigida legalmente.

Independencia, integridad y objetividad: El auditor durante su actuación profesional, mantendrá una posición de absoluta independencia, integridad y objetividad. La independencia supone una actitud mental que permite al auditor actuar con libertad respecto a su juicio profesional, para lo cual debe encontrarse libre de cualquier predisposición que limite su imparcialidad en la consideración objetiva de los hechos, así como en la formulación de sus conclusiones.

Diligencia profesional: El auditor, en la ejecución de su trabajo y en la emisión de su Informe actuará con la debida diligencia profesional. La debida diligencia profesional impone a cada persona de la organización del auditor, la responsabilidad del cumplimiento de las Normas en la ejecución del trabajo y en la emisión del informe. Su ejercicio exige, asimismo, una revisión crítica a cada nivel de supervisión del trabajo efectuado y del juicio emitido por todos y cada uno de los profesionales del equipo de trabajo de auditoría.

Responsabilidad: El auditor de cuentas es responsable del cumplimiento de las Normas de Auditoría establecidas, y a su vez responsable del cumplimiento de las por parte de los profesionales del equipo de auditoría.

Secreto profesional: El auditor debe mantener la confidencialidad de la información obtenida en el curso de sus actuaciones.

Honorarios y comisiones: Los honorarios profesionales han de ser un justo precio del trabajo realizado para el cliente. Los honorarios profesionales estarán basados en tarifas horarias y deberán tener en cuenta los conocimientos y habilidades requeridas y el nivel de formación teórica y práctica para el ejercicio de la profesión.

Publicidad: El auditor no podrá realizar publicidad que tenga por objeto la captación de clientes. No se permite la publicidad que tenga por objeto, o pueda producir, una captación de clientes a través de anuncios en la prensa o cualquier otro medio de comunicación. No obstante, se puede mencionar el nombre del auditor en conferencias, coloquios y artículos de prensa profesionales, y se permite la presentación de servicios a empresas, previamente solicitados a efectos informativos, mediante folletos u otros medios directos, siempre de forma y con un contenido que no perjudique la reputación, prestigio e imagen de la profesión frente a la sociedad.

2.2.8.2 Normas técnicas sobre ejecución del trabajo

Introducción: Las Normas de Auditoría sobre la Ejecución del Trabajo tienen como objetivo la determinación de los medios y actuaciones que han de ser utilizados y aplicados por los auditores de cuentas independientes en la realización de la auditoría de las cuentas anuales.

Contrato o carta de encargo: El auditor deberá acordar por escrito con su cliente el objetivo y alcance del trabajo, así como sus honorarios o los criterios para su cálculo para todo el período de nombramiento. En el contrato o carta de encargo se deberá indicar el total número de horas estimado para la realización del trabajo.

Planificación: El trabajo se planificará apropiadamente, la planificación de la auditoría comporta el desarrollo de una estrategia global en base al objetivo y alcance del encargo y la forma en que se espera que responda la organización de la entidad.

El alcance con que se lleve a cabo la planificación varía según el tamaño y la complejidad de la entidad, de la experiencia que el auditor tenga de la misma, del conocimiento del tipo de negocio en que la empresa se desenvuelve, de la calidad de la organización y del control interno de la entidad.

Estudio y evaluación del sistema de control interno: Deberá efectuarse un estudio y evaluación adecuada del control interno como base fiable para la determinación del alcance, naturaleza y momento de realización de las pruebas a las que deberán concretarse los procedimientos de auditoría.

Evidencia: Debe obtenerse evidencia suficiente y adecuada, mediante la realización y evaluación de las pruebas de auditoría que se consideren necesarias, al objeto de obtener una base de juicio razonable sobre los datos contenidos en las cuentas anuales que se examinan y poder expresar una opinión respecto de las mismas.

Documentación del trabajo: Los papeles de trabajo comprenden la totalidad de los documentos preparados o recibidos por el auditor, de manera que, en conjunto, constituyen un compendio de la información utilizada y de las pruebas efectuadas en la ejecución de su trabajo, junto con las decisiones que ha debido tomar para llegar a formarse su opinión.

Supervisión: La supervisión implica dirigir los esfuerzos de los profesionales del equipo de auditoría para lograr los objetivos del examen y comprobar que se lograron esos objetivos. La supervisión comporta, entre otros, los siguientes procedimientos:

- a) Proporcionar instrucciones a los profesionales del equipo de auditoría.
- b) Mantenerse informado de los problemas importantes que se presenten.
- c) Revisar el trabajo efectuado.
- d) Variar el programa de trabajo de acuerdo con los resultados que se vayan obteniendo.
- e) Resolver las diferencias de opinión entre los profesionales que participen en la auditoría.

2.2.8.3 Normas de auditoría sobre informes

Introducción: El informe de auditoría de las cuentas anuales o de otros estados financieros o documentos contables es un documento en el que se describe el alcance del trabajo efectuado por el auditor y se expresa su opinión profesional sobre los mismos. En la preparación de su informe el auditor ha de tener presente y cumplir las siguientes normas:

Primera: El auditor debe manifestar en todos los aspectos significativos, la imagen fiel del patrimonio, de la situación financiera, de los resultados y, en su caso, de los flujos de efectivo de la entidad, de acuerdo con el marco normativo de información financiera que resulte de aplicación y, en particular, con los principios y criterios contables contenidos en el mismo.

Los niveles o cifras de importancia relativa y las razones que los justifican y avalan deberán quedar determinados en los papeles de trabajo donde se consigne el plan global de auditoría.

Segunda: El auditor expresará en el informe su opinión en relación con las cuentas anuales tomadas en su conjunto, o una afirmación de que no puede expresar una opinión, y en este caso, las causas que lo impidan. Cuando se exprese una opinión con salvedades o desfavorable sobre las cuentas anuales, se deberán exponer las razones que existan para ello.

Tercera: El auditor indicará en su informe, en el caso de que las cuentas anuales estén acompañadas del informe de gestión, si la información contable que contiene el informe de gestión concuerda con la de las cuentas anuales auditadas.

Elementos básicos del Informe de auditoría de cuentas anuales: El informe de auditoría de las cuentas anuales deberá contener los elementos básicos que se detallan a continuación:

- Título o identificación del informe.
- Identificación de los destinatarios y de las personas que efectuaron el encargo.
- Identificación de la entidad auditada.
- Párrafo de alcance de la auditoría.
- Párrafo de opinión.
- Párrafo sobre el Informe de gestión.
- Nombre, dirección y datos registrales del auditor.
- Firma del auditor.
- Fecha del informe(Contraloría General del Estado, 2009)

2.2.9 Índices y referencias

(Rodrigo Estupiñán & Firma de Contadores Públicos 2009) manifiesta que:

Es necesaria la anotación de índices en los papeles de trabajo ya sea en el curso o al concluirse la auditoría, para lo cual primeramente se debe definir los códigos a emplearse que deben ser iguales a los utilizados en los archivos y su determinación debe considerarse la clase de archivo y los tipos de papeles de trabajo.

Es importante también que todos los papeles de trabajo contengan referencias cruzadas cuando están relacionadas entre sí, esto se realiza con el propósito de mostrar en forma objetiva como se encuentran ligados o relacionados entre los diferentes papeles de trabajo. La codificación de índices y referencias en los papeles de trabajo pueden ser de tres formas:

- a) Alfabética
- b) Numérica
- c) Alfanumérica

El criterio anteriormente fue, para el archivo permanente índices numéricos y para el archivo corriente índices alfabéticos y alfanuméricos.

Se puede decir que la anotación de los índices y referencias en los papeles de trabajo son muy importantes ya que el índice indica el contenido del legajo, mientras que la referencia es un carácter alfanumérico que permite ordenar los papeles de trabajo, normalmente se escribe con rojo en la parte superior derecha de la hoja, también es importante la anotación de referencia cruzada debido a que se encuentran relacionados entre sí.

2.2.10 Marcas de auditoría

Según (IBÍDEM 19. 2009) manifiesta que las marcas de auditoría “Son una serie de símbolos que se emplean en las hojas de trabajo para:

- Explicar la documentación examinada.
- Explicar la procedencia de datos.
- Evidenciar el trabajo realizado.

La (Contraloría General del Estado 2009) señala que: Las marcas de auditoría, son también conocidas como: claves de auditoría o tildes, son signos particulares y distintivos que hace el auditor para señalar el tipo de trabajo realizado de manera que el alcance del trabajo quede perfectamente establecido. Estas marcas permiten conocer, además, cuales partidas fueron objeto de la aplicación de los procedimientos de auditoría y cuáles no.

Existen dos tipos de marcas, las de significado uniforme, que se utilizan con frecuencia en cualquier auditoría. Las otras marcas, cuyo contenido es a criterio del auditor, obviamente no tienen significado uniforme y que para su comprensión requiere que junto al símbolo vaya una leyenda de su significado, las marcas al igual que los índices y referencias ya indicadas, preferentemente deben ser escritas con lápiz de color rojo.

Tabla 2-2: Marcas de Auditoría

MARCAS	SIGNIFICADO
✓	Revisado o verificado.
@	Hallazgo.
®	No reúne requisitos.
Ø	No existe documentación.
ϕ	Incumplimiento a la normativa y reglamentos
Đ	Datos incompletos.
€	Evidencia.
±	Falta proceso
×	Carencia de personal
Ω	Duplicidad de funciones
Σ	Sumatoria
NA	No aplica

Elaborado por: Deysi, Espinoza. (2019)

En conclusión, las marcas de auditoría son símbolos o signos que el auditor utiliza para explicar el trabajo realizado, documentación examinada, etc. estas son elaboradas a criterio del auditor

como también pueden ser utilizadas las de significado uniforme, estas deben ser escritas con lápiz bicolor rojo.

2.2.11 Indicadores

Según (Franklin E. B., 2007, pág. 87) los indicadores de gestión son; un elemento estratégico del proceso del proceso de evolución de la forma de gestión organizacional, ya que permiten ordenar las acciones en relación con los resultados que se pretenden alcanzar, convirtiéndose en el marco de referencia para definir la jerarquía de los aspectos a auditar, establecer las prioridades de las acciones a analizar y precisar el valor de las cifras y comportamientos que se obtenga.

Su uso como sistemas permiten hacer comparaciones y proyectar retrospectivas o prospectivamente la información para generar alternativas altamente significativas para los procesos de toma de decisiones.

Según (Fundación para la prevención de riesgos laborales, pág. 5) Se puede definir un indicador como: a una magnitud que expresa el comportamiento o desempeño de un proceso, que al compararse con algún nivel de referencia permite detectar desviaciones positivas o negativas. También es la conexión de dos medidas relacionadas entre sí, que muestran la proporción de la una con la otra.

2.2.11.1 Importancia

- Permiten medir cambios en una condición o situación a través del tiempo.
- Facilitan el análisis de los resultados de iniciativas o acciones.
- Realizan el seguimiento y la evaluación de los resultados de los objetivos y metas propuestos.

2.2.11.2 Características de los Indicadores

Según (Departamento Administrativo de la Función Pública, 2012, págs. 9-17), en documento web nos dice que, los indicadores deben cumplir con unos requisitos y elementos para poder apoyar la gestión en el cumplimiento de los objetivos institucionales. Las características más relevantes son las siguientes:

Oportunidad: Deben permitir obtener información en tiempo real, de forma adecuada y oportuna, medir con un grado aceptable de precisión los resultados alcanzados y los desfases con respecto a los objetivos propuestos, que permitan la toma de decisiones para corregir y reorientar

la gestión antes de que las consecuencias afecten significativamente los resultados o estos sean irreversibles.

Excluyentes: cada indicador evalúa un aspecto específico único de la realidad, una dimensión particular de la gestión. Si bien la realidad en la que se actúa es multidimensional, un indicador puede considerar alguna de tales dimensiones (económica, social, cultural, política u otras), pero no puede abarcarlas todas.

Prácticos: Que se facilite su recolección y procesamiento.

Claros: Ser comprensible tanto para quienes lo desarrollen como para quienes lo estudien o lo tomen como referencia. Por tanto, un indicador complejo o de difícil interpretación que sólo lo entienden quienes lo construyen debe ser replanteado.

Explícitos: Definir de manera clara las variables con respecto a las cuales se analizará para evitar interpretaciones ambiguas.

Sensibles: Reflejar el cambio de la variable en el tiempo.

Transparente/Verificable: Su cálculo debe estar adecuadamente soportado y ser documentado para su seguimiento y trazabilidad.

2.2.11.3 Tipo de indicadores

✓ Indicadores de eficacia:

Cuando se habla de eficacia, se busca establecer el cumplimiento de planes y programas de la entidad, previamente determinados, de modo tal que se pueda evaluar la oportunidad (cumplimiento de la meta en el plazo estipulado), al igual que la cantidad (volumen de bienes y servicios generados en el tiempo).

Los indicadores de eficacia llevan de forma inherente la definición previa de objetivos y el seguimiento de éstos a través de un sistema mínimo de información que permita informar sobre aspectos básicos del programa o la gestión a ser evaluada, entre los que se mencionan:

- Productos que entrega el programa o el servicio.
- Usuarios a quienes se dirige (número, características).

- Objetivos principales o estratégicos (logro que se pretende obtener, mejorar, ampliar, optimizar, etc.).
- Metas concretas con las cuales hacer el seguimiento (cuándo, dónde, en qué condiciones).

Lo importante aquí es destacar que “la ambigüedad en la definición de los objetivos y las metas, no permitirá posteriormente realizar una evaluación útil y confiable, anulando los esfuerzos y costos incurridos en dicha evaluación.

Ejemplos de indicadores de eficacia:

<i>Eficacia programada</i> =	$\frac{\text{Metas alcanzadas}}{\text{Metas programadas}}$
-------------------------------------	--

<i>Eficacia presupuestal</i> =	$\frac{\text{Presupuesto del ejercicio}}{\text{Presupuesto asignado}}$
---------------------------------------	--

<i>Porcentaje de empleados con título de bachiller</i> =	$\frac{\text{Personal con título de bachiller}}{\text{Total empleados}}$
---	--

<i>Porcentaje del personal capacitado</i> =	$\frac{\text{Personal capacitados}}{\text{total empleados}}$
--	--

• Indicadores de Eficiencia:

Los indicadores de eficiencia, se enfocan en el control de los recursos o las entradas del proceso, evalúan la relación entre los recursos y su grado de aprovechamiento por parte de los mismos.

Es posible obtener mediciones de eficiencia, relacionando por ejemplo número de subsidios entregados, cantidad de usuarios atendidos, inspecciones realizadas, etc., con nivel de recursos utilizados para tales actividades, como son gastos de infraestructura, personal requerido para la atención, horas hombre requerido, etc.

Este tipo de indicadores miden la forma de cómo se utilizaron los recursos durante el proceso de generación del producto o servicio.

El análisis de la eficiencia se refiere a la adquisición y el aprovechamiento de los insumos, que deben ser adquiridos en tiempo oportuno, al mejor costo posible, en la cantidad adecuada y con una buena calidad. Por lo que se incluyen medios humanos, materiales y financieros.

Ejemplos de indicadores de eficiencia:

<i>Rotación de cartera =</i>	<i>Ventas</i>
	<i>Cuentas por cobrar</i>

<i>Rotación de ventas =</i>	<i>Ventas</i>
	<i>Activo total</i>

<i>Impacto de gastos administrativos y ventas =</i>	<i>Gastos administrativos y de ventas</i>
	<i>Ventas</i>

<i>Impacto de la Carga financiera =</i>	<i>Gastos financieros</i>
	<i>Ventas</i>

- **Indicadores de Economía**

Es la capacidad de una institución para generar y movilizar adecuadamente los recursos financieros en pos del cumplimiento de sus objetivos. Todo organismo que administre fondos, especialmente cuando éstos son públicos, es responsable del manejo eficiente de sus recursos de caja, de ejecución de su presupuesto y de la administración adecuada de su patrimonio.

Indicadores típicos de economía son la capacidad de autofinanciamiento (cuando la institución tiene atribuciones legales para generar ingresos propios), la ejecución de su presupuesto de acuerdo a lo programado y su capacidad para recuperar préstamos y otros pasivos.

2.2.12 Las 5 Es de la auditoría.

- **Eficacia**

Se entiende por eficacia el grado de cumplimiento de una meta, la que puede estar expresada en términos de cantidad, calidad, tiempo, costo, etc. Es fundamental por lo tanto que la organización cuente con una planificación detallada, con sistemas de información e instrumentos que permitan conocer en forma confiable y oportuna la situación en un momento determinado y los desvíos respecto a las metas proyectadas. Si esto no existe, difícilmente podrá medirse la eficacia. (Maldonado M. , Auditoría de gestión, pág. 25)

- **Eficiencia**

Se refiere a la relación entre los bienes o servicios producidos y los recursos utilizados para producirlos. Una operación eficiente produce el máximo de «producto» para una cantidad dada de «insumos» o requiere del mínimo de «insumos» para una calidad y cantidad de «producto» determinada. El objetivo es incrementar la productividad. (Maldonado M. , Auditoría de gestión, 2011, pág. 26)

- **Ética**

La ética profesional del auditor se refiere a la responsabilidad del mismo para con el público, hacia los clientes y colegas y los niveles de conducta máximos y mínimos que debe poseer. A tal fin, existen cinco conceptos generales, llamados también "Principios de Ética" las cuales son: (Maldonado M. , Auditoría de gestión, 2011, pág. 28)

- Independencia, integridad y objetividad.
- Normas generales y técnicas.
- Responsabilidades con los clientes.
- Responsabilidades con los colegas.

- **Economía**

El concepto de economía evalúa si los resultados se están obteniendo a los costos alternativos más bajos posibles. Está referido a los términos y condiciones bajo los cuales los entes «adquieren» recursos humanos y materiales. Una operación económica requiere que esos recursos sean

obtenibles en la cantidad y calidad adecuada, de manera oportuna y al más bajo costo. (Maldonado M. , Auditoría de gestión, 2011, pág. 29)

- **Ecología**

Ecología es la rama de las ciencias biológicas que se ocupa de las interacciones entre los organismos y su ambiente (sustancias químicas y factores físicos). Entendemos por ecología el conjunto de conocimientos referentes a la economía de la naturaleza, la investigación de todas las relaciones del animal tanto con su medio. (Mantilla, M. 2006. pág.31)

2.3 Idea a defender

La realización de una Auditoría de Gestión en el Hospital Provincial Francisco de Orellana área de salud N° 1. Cantón Francisco de Orellana, Provincia de Orellana durante el período del 01 de enero al 31 de diciembre del 2016, permite mejorar el nivel de eficiencia, eficacia y economía de sus operaciones.

2.4 Marco conceptual

- a) Auditor:** Como profesional, el auditor desempeña sus labores mediante la aplicación de una serie de conocimientos especializados que vienen a tomar el cuerpo técnico de su actividad.
- b) Auditoría:** Examen objetivo, sistemático, profesional y posterior de las operaciones financieras, administrativas y de gestión, practicado con la finalidad de verificar y evaluar dichas operaciones y de formular observaciones y recomendaciones pertinentes.
- c) Gestión:** Son todas las actividades de una organización que garantizan el cumplimiento de las metas y objetivos trazados a partir del diseño estratégico desarrollado con la participación de la dirección.
- d) Auditoría de Gestión:** Es el examen y evaluación que se realiza a una entidad para establecer el grado de economía, eficiencia y eficacia en la planificación, control y uso de los recursos y comprobar la observación de las disposiciones pertinentes.
- e) Control interno:** Es un proceso continuo realizado por la dirección, gerencia y el personal de la entidad; para proporcionar seguridad razonable, respecto a si están lográndose los objetivos propuestos por la empresa.

- f) Economía:** Es el oportuno de los recursos idóneos en cantidad y calidad correctas en el momento previsto, en el lugar indicado, es decir adquisición o producción al menor costo posible con relación a los programas de la organización.
- g) Eficiencia:** Es el resultado positivo luego de la racionalización adecuada de los recursos, acorde con la finalidad buscada por los responsables de la gestión.
- h) Eficacia:** Es la relación entre los servicios o productos generados y los objetivos y metas programados; es decir, entre los resultados esperados y los resultados reales de los proyectos, programas u otras actividades.
- i) Ecología:** Son las condiciones, operaciones y prácticas relativas a los requisitos ambientales y su impacto, que deben ser reconocidos y evaluados en una gestión institucional, de un proyecto, programa o actividad.
- j) Ética:** Está conformada por valores morales que permiten a la persona adoptar decisiones y tener un comportamiento correcto en las actividades que le corresponde cumplir en la entidad.
- k) Hallazgo de auditoría:** Es toda información que, a juicio del auditor, permite identificar hechos o circunstancias importantes que inciden en forma significativa, en la gestión de la entidad o programa que merecen ser comunicados en el informe; sus elementos son condición, criterio, causa y efecto.
- l) Riesgos de auditoría:** Es el riesgo de formular una opinión de auditoría incorrecta cuando existe un error significativo en las cuentas anuales. Para lograr su objetivo, el auditor debe de planificar y ejecutar su trabajo de tal forma que se reduzca el riesgo de auditoría a un nivel aceptable.
- m) Riesgo Inherente:** Se entiende como la posibilidad de error o irregularidad producto de una situación que la entidad al auditar no puede controlar, es un riesgo de negocios. Este riesgo puede afectar a una cuenta o a un componente en particular.
- n) Riesgo de Control:** Es la posibilidad que el sistema administrativo y de control implantado por la empresa no prevenga no detecte errores o irregularidades significativos, como la falta de protección de activos, controles gerenciales, deficiencias en el cálculo de las planillas, etc.

CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO

3.1 Modalidad de la investigación

Para la presente investigación se utilizó la modalidad cuantitativa/cualitativa, por cuanto fue necesario determinar el número de procesos ejecutados en el periodo sujeto a examen, y a partir de ello realizar un análisis minucioso sobre la ocurrencia de los hechos relevantes en cada una de las actividades que originaron los acontecimientos en la casa de salud.

3.2 Tipo de investigación

3.2.1 Tipos de investigación

El presente estudio se lo realizó a través de los métodos exploratorio y descriptivo, ya que poseen las características apropiadas para realizar una investigación adecuada, estos métodos contribuyeron a: La observación actual de hechos, fenómenos y casos en el ámbito, de la auditoría integral que será aplicada en el Auditoría de Gestión en el Hospital Provincial Francisco de Orellana área de salud n° 1. Cantón Francisco de Orellana, periodo 2016.

3.3 Metodología de la investigación

Inductivo. - Es un modo de razonar que nos llevó de lo particular a lo general, de una parte, a un todo, observaremos el desarrollo de las actividades en cada una de las áreas y llegaremos a una conclusión general.

Deductivo. -Es un tipo de razonamiento que nos llevó de lo general a lo particular o de lo complejo a lo simple, es decir dentro del Hospital de salud analizamos los reglamentos, leyes vigentes que nos permitieron llegar a conclusiones particulares y medir sus resultados.

3.4 Técnicas e instrumentos

- Observación. - Se aplicó dentro del Hospital de salud al departamento, área operativa y administrativo, mediante una guía de observación.
- Entrevista. - La entrevista estuvo dirigida a funcionarios del Hospital de salud y terceros con la finalidad de obtener información, la cual fue confirmada y documentada, mediante la aplicación de una guía de entrevista.

- Encuesta. - La encuesta se realizó a los empleados y trabajadores del Hospital de salud, se utilizó un cuestionario.

3.5 Población y muestra

3.5.1 Población.

Es el universo o totalidad de personas que se relacionan con el proceso investigativo. La población del Hospital estuvo conformada por 109 funcionarios, de los cuales deberemos extraer una parte, es decir la muestra.

Tabla 3-3: Población del Hospital Francisco de Orellana

COMPOSICIÓN DE LA POBLACIÓN	
Gerente	1
Administrador	1
Contador	1
Auxiliar contable	1
Jefe de Recursos humanos	1
Doctores Médicos	50
Enfermeras	36
Farmacia	2
Laboratorista	4
Sistemas Informáticos	1
Seguridad	7
Atención al Cliente	4
Total de la Población	109

Fuente: Departamento de Recursos Humanos de Hospital Francisco de Orellana
Elaborado por: Deysi, Espinoza. (2019)

3.5.2 Muestra:

Es una parte de la población a la que se le aplicó técnicas de investigación, fue necesario aplicar la siguiente fórmula para extraer la muestra de la población.

$$n = \frac{N\sigma^2 Z^2}{(N - 1)e^2 + \sigma^2 Z^2}$$

Dónde:

n = el tamaño de la muestra.

N = tamaño de la población. (109)

σ = Desviación estándar de la población que, generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor constante de 0,5.

Z = Valor obtenido mediante niveles de confianza. Es un valor constante que, si no se tiene su valor, se lo toma en relación al 95% de confianza equivale a 1,96 (como más usual) o en relación al 99% de confianza equivale 2,58, valor que queda a criterio del investigador.

e = Límite aceptable de error de la muestra que, generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor que varía entre el 1% (0,01) y 9% (0,09), valor que queda a criterio del encuestador.

$$n = \frac{109 * 0,5^2 * 1,96^2}{(109 - 1)0,09^2 + 0,5^2 * 1,96^2}$$

n = 57

Según la fórmula aplicamos las encuestas a 57 de los colaboradores del Hospital Francisco de Orellana.

3.6 Resultados

A continuación, se presenta los resultados obtenidos en las encuestas aplicadas a los colaboradores del Hospital Francisco de Orellana.

Pregunta N° 01: ¿Piensa usted que la realización de una Auditoría de Gestión ayudará a mejorar las actividades institución?

Tabla 4-3: La Auditoría de gestión mejorará las actividades de la institución

RESPUESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	57	100%
NO	0	0%
TOTAL	57	100%

Fuente: Encuesta realizada personal HP Francisco Orellana
Elaborado por: Deysi, Espinoza. (2019)

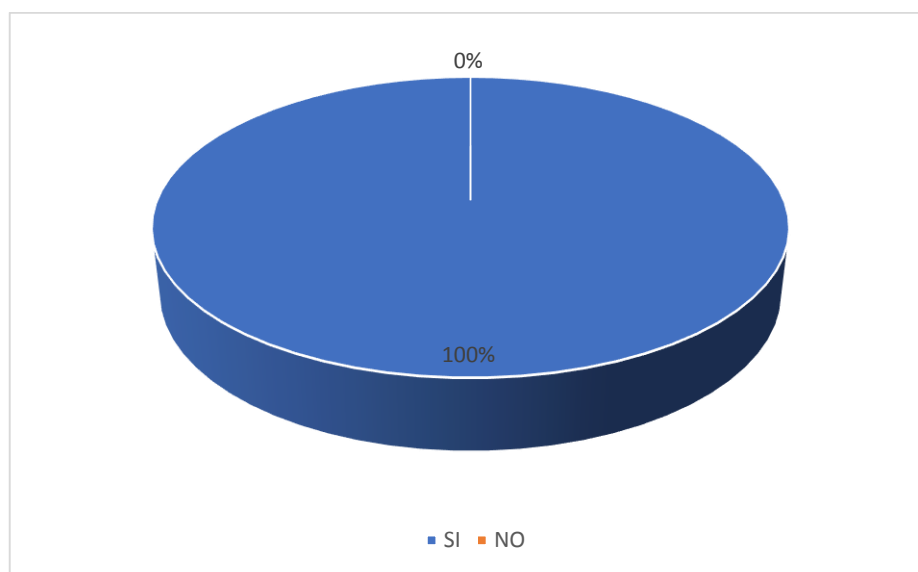


Gráfico 1-3: La Auditoría de gestión mejorará las actividades de la institución

Fuente: Tabla N° 2-3 de la encuesta
Elaborado por: Deysi, Espinoza. (2019)

Análisis:

El 100% de los encuestados respondieron que la realización de una auditoría de gestión ayudó al mejor desarrollo de las actividades de la institución.

Pregunta N° 02: ¿Cree usted que existe cumplimiento de las funciones que le corresponde a cada empleado?

Tabla 5-3: Cumplimiento de las funciones de los empleados

RESPUESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	48	84%
NO	9	16%
TOTAL	57	100%

Fuente: Encuesta realizada personal HP Francisco Orellana

Elaborado por: Espinoza, D. (2019)

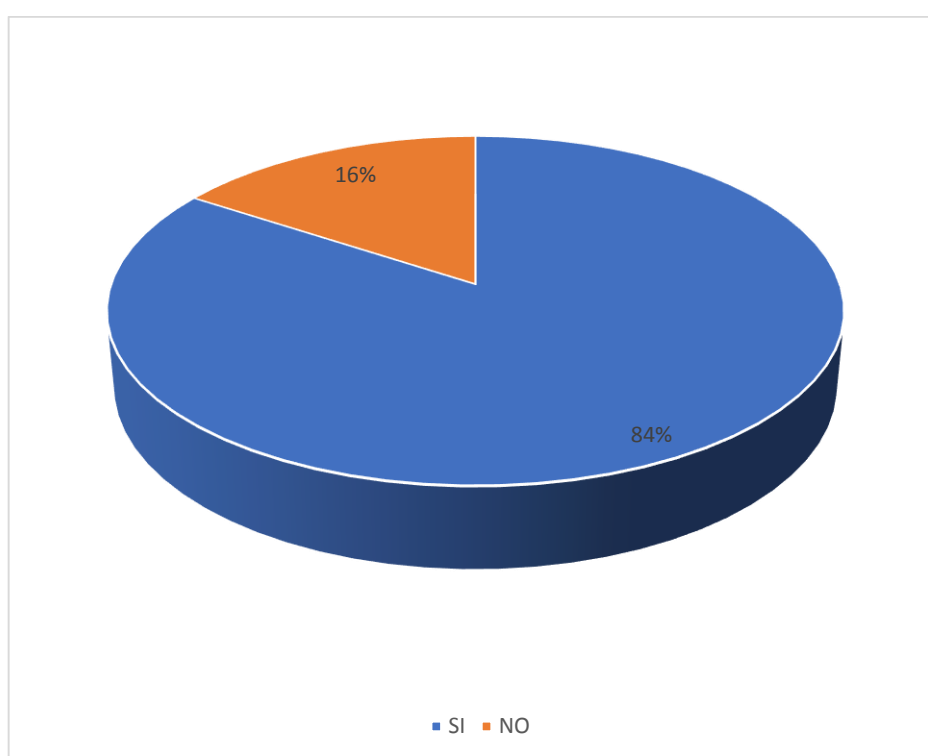


Gráfico 2-3: Cumplimiento de las funciones de los empleados

Fuente: Tabla N°3-3 de la encuesta

Elaborado por: Deysi, Espinoza. (2019)

Análisis

De acuerdo a la pregunta planteada el 84% de los encuestado dijeron que cada funcionario cumple con las funciones a ellos encomendadas, mientras que el 16% mencionan que no todos cumplen adecuadamente.

Pregunta N° 03: ¿Se realiza capacitación al personal de forma periódica?

Tabla 6-3: Capacitación periódica al personal

RESPUESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	46	81%
NO	11	19%
TOTAL	57	100%

Fuente: Encuesta realizada personal HP Francisco Orellana
Elaborado por: Espinoza, D. (2019)

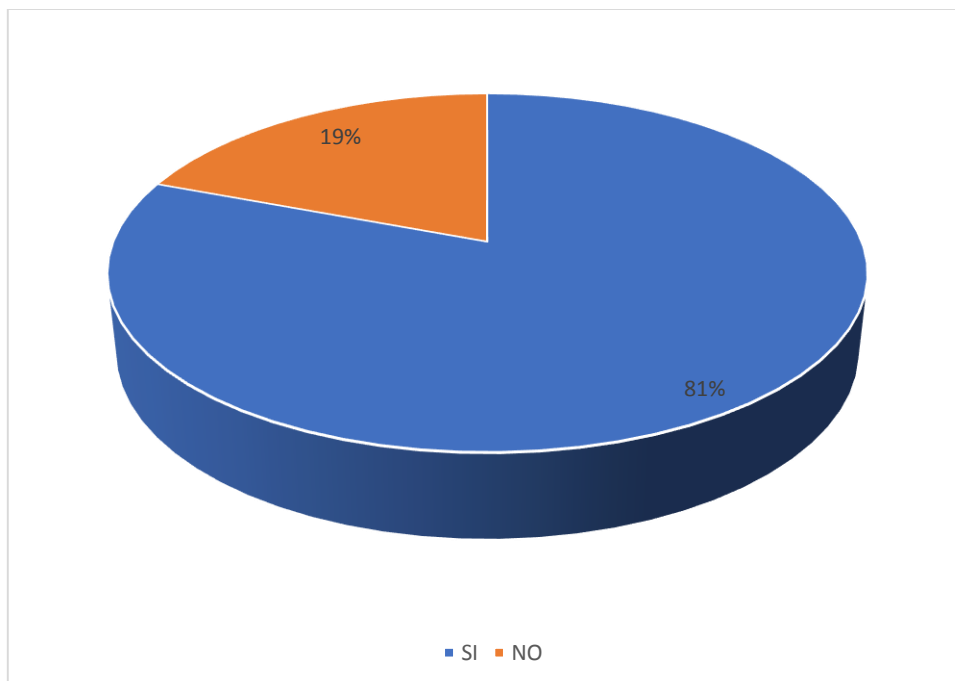


Gráfico 3-3: Capacitación periódica al personal

Fuente: Tabla N° 4-3 de la encuesta
Elaborado por: Deysi, Espinoza. (2019)

Análisis:

El 81% de los encuestados manifestaron que, si se realizan capacitaciones al personal de forma permanente, mientras que el 19% dijeron que no se realizan de forma permanente.

Pregunta N° 04: ¿Cree usted que el Hospital Francisco de Orellana posee una buena gestión pública?

Tabla 7-3: El Hospital cuenta con una buena gestión pública

RESPUESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	45	79%
NO	12	21%
TOTAL	57	100%

Fuente: Encuesta realizada personal HP Francisco Orellana

Elaborado por: Espinoza, D. (2019)

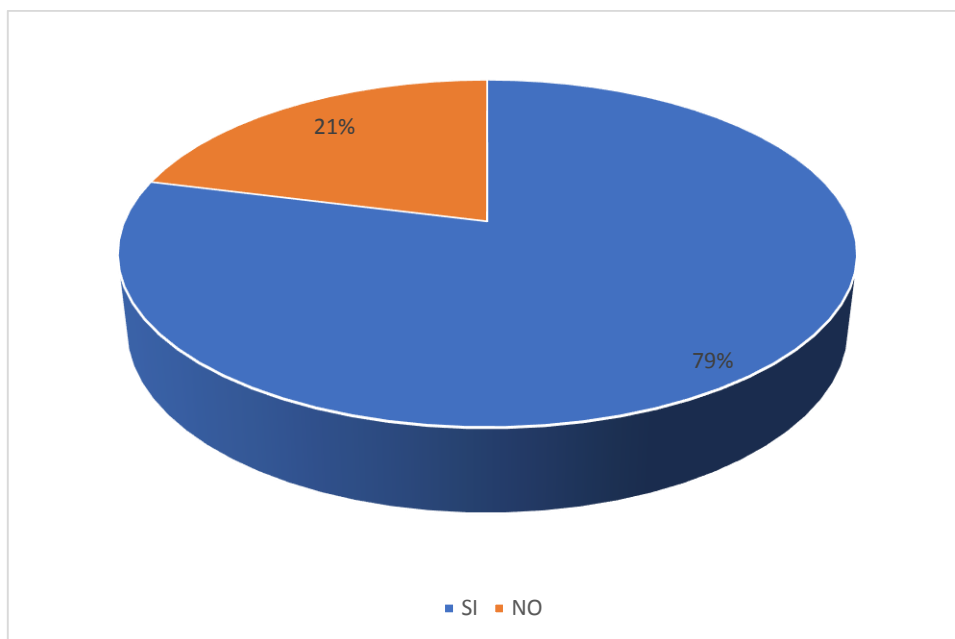


Gráfico 4-3: El Hospital cuenta con una buena gestión pública

Fuente: Tabla N° 5-3 de la encuesta

Elaborado por: Deysi, Espinoza. (2019)

Análisis:

El 79% de los encuestados manifestaron que el hospital de Francisco de Orellana cuenta con una buena gestión pública, mientras que el 21% manifestó que no se ha evidenciado la gestión por parte de la institución de salud.

Pregunta N° 05: ¿Conoce usted la misión, visión y objetivos de la institución?

Tabla 8-3: Se conoce la misión, visión y objetivos

RESPUESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	36	63%
NO	21	37%
TOTAL	57	100%

Fuente: Encuesta realizada personal HP Francisco Orellana
Elaborado por: Espinoza, D. (2019)

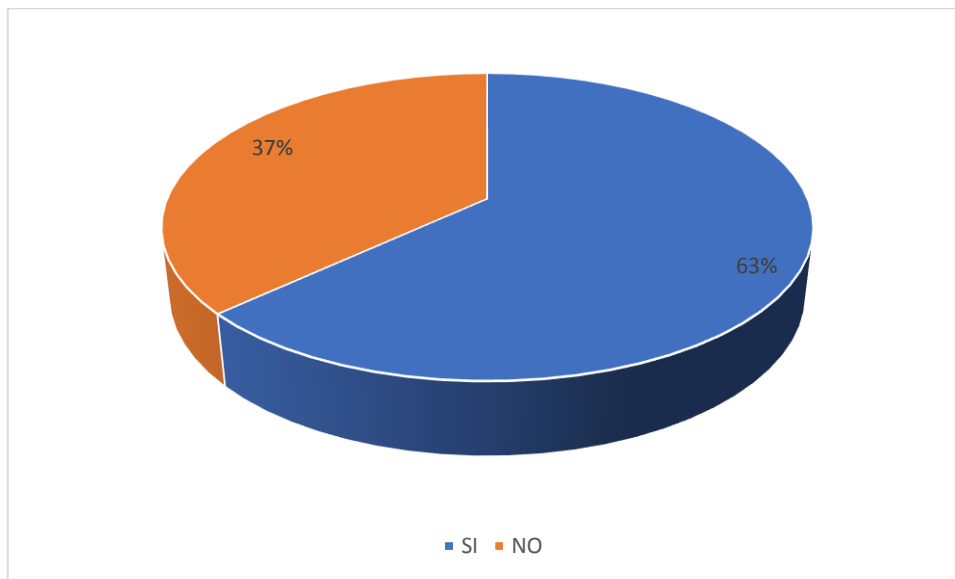


Gráfico 5-3: Se conoce la misión, visión y objetivos

Fuente: Tabla N° 6-3 de la encuesta

Elaborado por: Deysi, Espinoza. (2019)

Análisis:

El 63% de los encuestados indican que conoce la misión, visión y objetivos de la institución, mientras que el 37% dicen no tener conocimientos de esta información que es tan importante.

Pregunta N° 06: ¿Conoce usted la existencia de manuales, estatutos y reglamentos de la organización?

Tabla 9-3: Existen manuales, estatutos y reglamentos

RESPUESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	49	86%
NO	8	14%
TOTAL	57	100%

Fuente: Encuesta realizada personal HP Francisco Orellana

Elaborado por: Deysi, Espinoza. (2019)

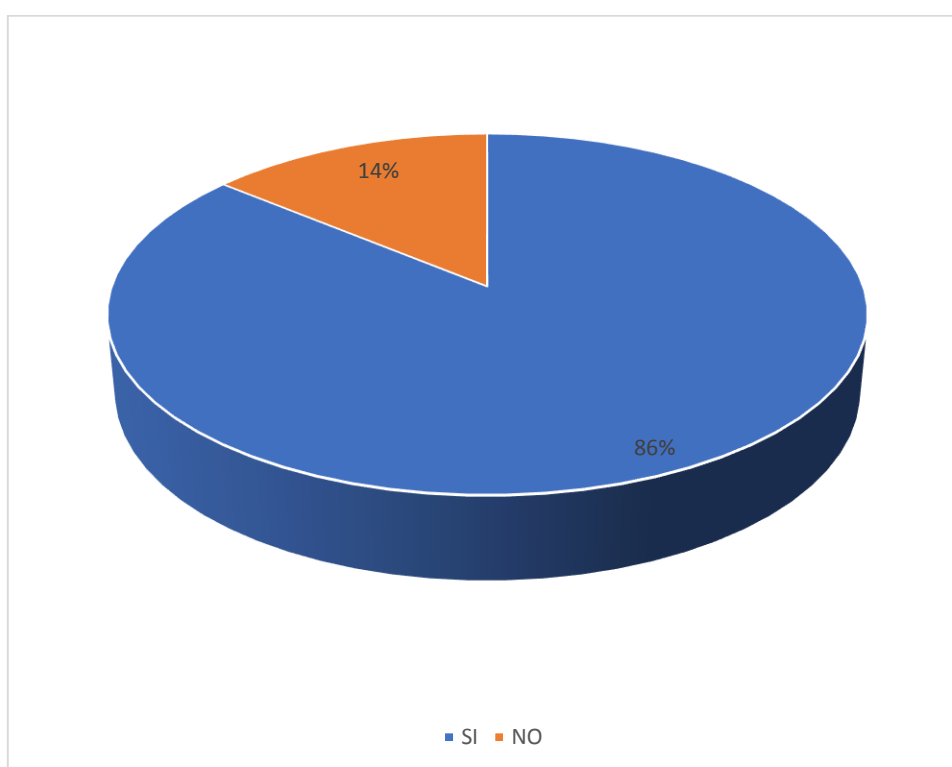


Gráfico 6-3: Existen manuales, estatutos y reglamentos

Fuente: Tabla N° 7-3 de la encuesta

Elaborado por: Deysi, Espinoza. (2019)

Análisis:

El 86% de los encuestados aseguraron conocer la existencia de manuales, estatutos y reglamentos de la institución, mientras el 14% mencionaron desconocer esta información.

Pregunta N° 07: ¿Considera usted que es importante una auditoría de gestión en el Hospital Francisco de Orellana, que permita evaluar el nivel de eficiencia, eficacia y economía de la administración de la institución?

Tabla 10-3: Es importante la auditoría de gestión

RESPUESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	57	100%
NO	0	0%
TOTAL	57	100%

Fuente: Encuesta realizada personal HP Francisco Orellana

Elaborado por: Deysi, Espinoza. (2019)

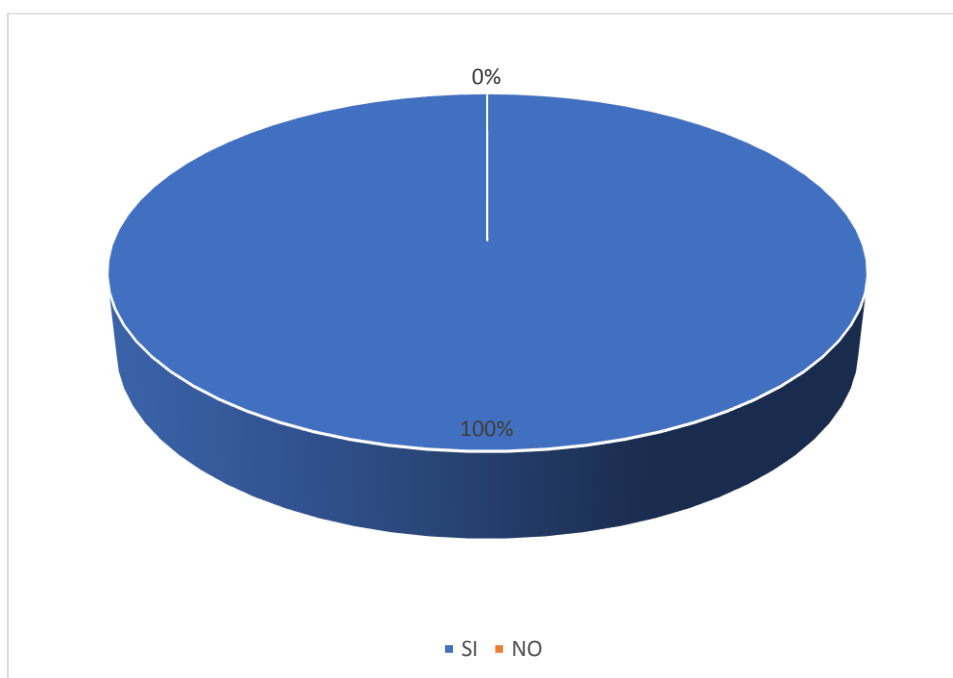


Gráfico 7-3: Es importante la auditoría de gestión

Fuente: Tabla N°8-3 de la encuesta

Elaborado por: Deysi, Espinoza. (2019)

Análisis:

El 100% de los encuestado considera q una Auditoría de Gestión es de suma importancia para evaluar la eficiencia, eficacia y economía de la institución, para lograr un mejor desempeño de sus actividades.

Pregunta N° 08: ¿Tiene usted conocimiento si Hospital Francisco de Orellana, cuenta con un proceso para la selección y reclutamiento del personal?

Tabla 11-3: El hospital cuenta con procesos de selección de personal

RESPUESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	49	86%
NO	8	14%
TOTAL	57	100%

Fuente: Encuesta realizada personal HP Francisco Orellana

Elaborado por: Deysi, Espinoza. (2019)

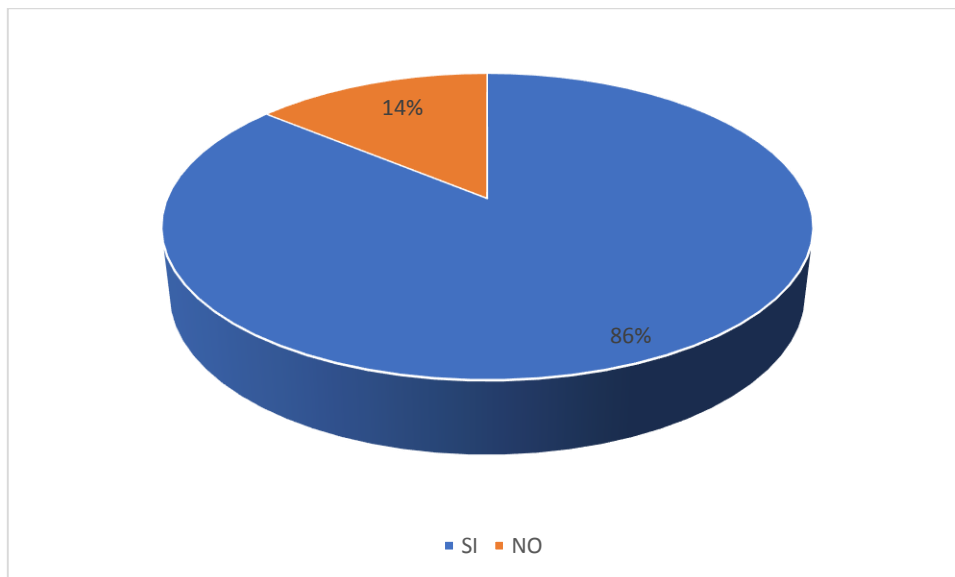


Gráfico 8-3: El hospital cuenta con procesos de selección de personal

Fuente: Tabla N°9-3 de la encuesta

Elaborado por: Deysi, Espinoza. (2019)

Análisis:

El 86% de los encuestados respondieron que, si conocen del proceso de reclutamiento para el personal nuevo de la institución, mientras que el 14% dicen no conocer de este procedimiento.

Pregunta N° 09: ¿Considera usted que el informe de Auditoría de Gestión, permitirá a los directivos del Hospital Francisco de Orellana, tomar decisiones oportunas y adecuadas?

Tabla 12-3: El informe ayuda a la toma de decisiones

RESPUESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	57	100%
NO	0	0%
TOTAL	57	100%

Fuente: Encuesta realizada personal HP Francisco Orellana

Elaborado por: Deysi, Espinoza. (2019)

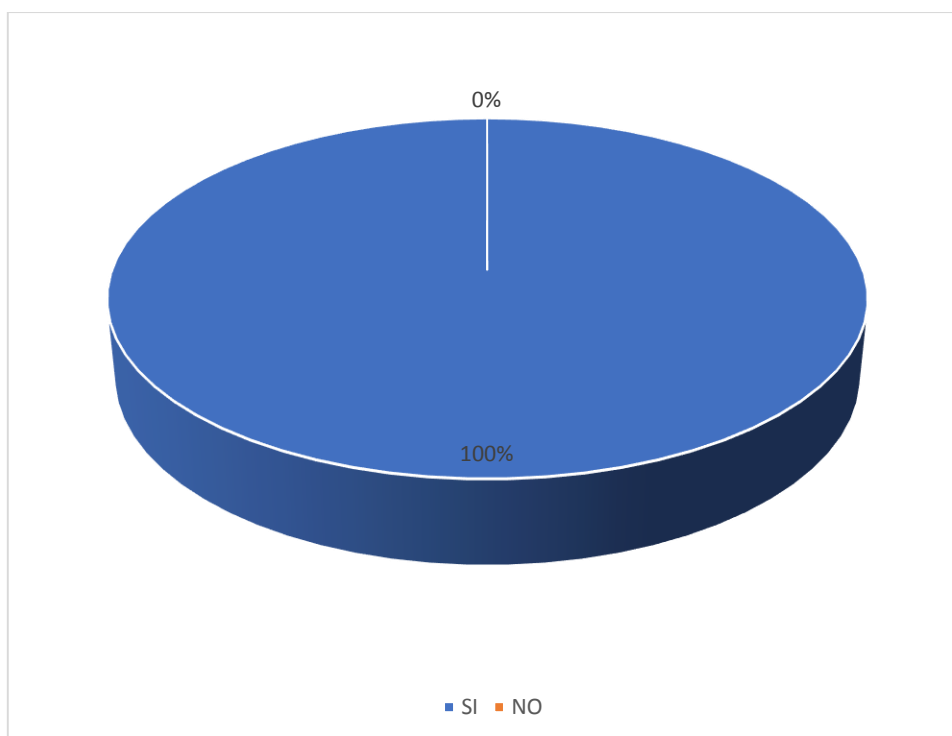


Gráfico 9-3: El informe ayuda a la toma de decisiones

Fuente: Tabla N°10-3 de la encuesta

Elaborado por: Deysi, Espinoza. (2019)

Análisis:

El 100% de los encuestados considera que con el informe de Auditoría de Gestión emitido a la máxima autoridad se lograra realizar una mejor toma de decisiones para mejorar las actividades administrativas de la institución.

Pregunta N° 10: ¿El Hospital Francisco de Orellana, cumple con la normativa que rige el desarrollo de sus actividades?

Tabla 13-3: Se cumple con la normativa establecida

RESPUESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	57	100%
NO	0	0%
TOTAL	57	100%

Fuente: Encuesta realizada personal HP Francisco Orellana
Elaborado por: Deysi, Espinoza. (2019)

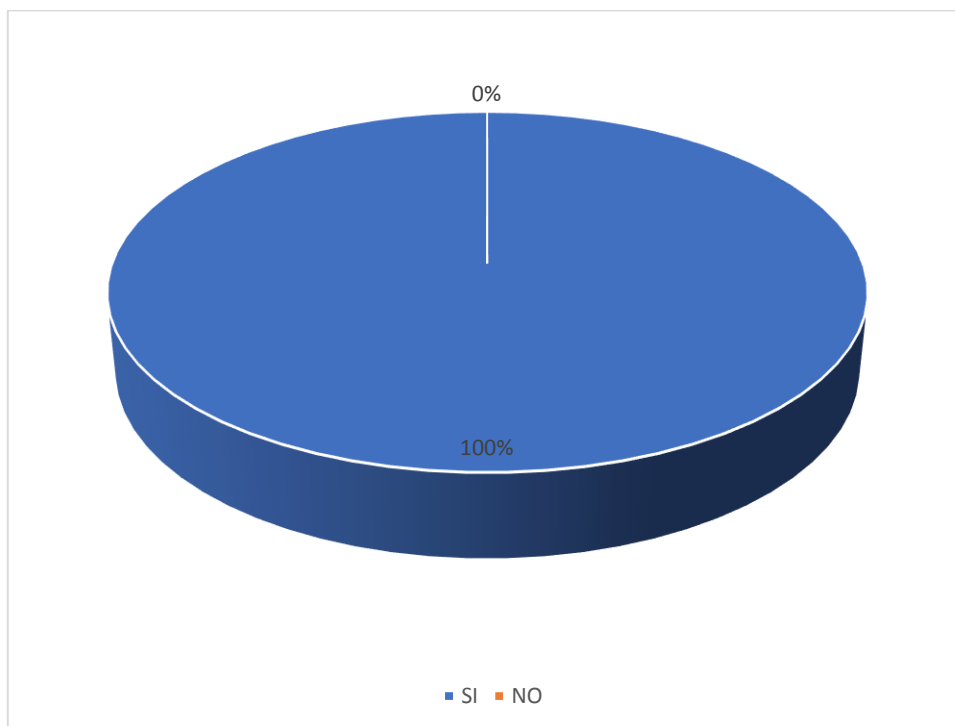


Gráfico 10-3: Se cumple con la normativa establecida

Fuente: Tabla N°11-3 de la encuesta
Elaborado por: Deysi, Espinoza. (2019)

Análisis:

El 100% de los encuestados manifiestan que el Hospital de Francisco de Orellana cuenta con una infraestructura adecuada para el normal funcionamiento de sus actividades ya que es un edificio nuevo, entregado para el servicio a la comunidad en el año 2013.

3.1 Verificación de la idea a defender

De acuerdo a las encuestas realizadas a los directivos y colaboradores del Hospital Francisco de Orellana, se pudo verificar la importancia de la realización de la Auditoría de Gestión, para evaluar la eficiencia, eficacia y economía, con la finalidad de mejorar la tomar decisiones y poder desarrollar de mejor manera cada una de las actividades administrativas y económicas de la institución.

CAPÍTULO VI: MARCO PROPOSITIVO

4.1 Auditoría de gestión en el hospital provincial francisco de Orellana área de salud n° 1. Cantón francisco de Orellana, provincia de Orellana durante el período del 01 de enero al 31 de diciembre del 2016.

Índices de auditoría

ARCHIVO PERMANENTE	Índice
Información general	IfGrI 3/3
Orden de trabajo	OT 1/1
Programa de Auditoría Fase –I: Conocimiento General	PA-FI 1/1
Visita al hospital	V-H 1/1
Entrevista al representante legal de HPFO	Ent 1/1
Contrato de prestación de servicios	CPS 1/1
Carta de inicio de la auditoría integral	IAG 1/1
Solicitud de información	SiN 1/1
ARCHIVO CORRIENTE	
Programa de Auditoría Fase –II: Planificación	PA-FII 1/1
Memorando de planificación	M-PF 2/2
Evaluación Ambiente de Control	CI-AC 1/1
Matriz de confianza riesgo Ambiente de Control	Cr-AC 1/1
Evaluación componente de Evaluación del Riesgo	CI-ER 1/1
Matriz de confianza riesgo Evaluación del Riesgo	Cr-ER 1/1
Evaluación Actividades de Control	CI-AtC 1/1
Matriz de confianza riesgo de las Actividades de Control	Cr-AtC 1/1
Evaluación Información y Comunicación	CI-IC 1/1
Matriz de confianza riesgo de Información y Comunicación	Cr-IC 1/1
Evaluación componente de Supervisión u Monitoreo	CI-MSv 1/1
Matriz de confianza riesgo del componentes de Supervisión y Monitoreo	Cr-MSv 1/1
Informe de Control Interno	ICI 3/3
Matriz de Control Interno	MCI 1/1
Programa de Auditoría Fase –III: Ejecución	PA-FIII 1/1
Evaluación área Administrativa– Financiera del hospital	CI-AdFn 1/1
Niveles de confianza riesgo del área administrativa.	Cr-AdFn 1/1
Cédulas analíticas del área administrativa - financiera	CA-AdFn 2/2
Evaluación área de laboratorio	CI-Lb 1/1
Niveles de confianza riesgo del área de laboratorio	Cr-Lb 1/1
Cédulas analíticas del área de laboratorio	CA-Lb 1/1
Evaluación área de Imágenes	CI-Img 1/1
Niveles de confianza riesgo del área de imágenes	Cr-Img 1/1

Cédulas analíticas del área de imágenes	CA-Img 1/1
Evaluación área de enfermería	CI-Efm 1/1
Niveles de confianza riesgo del área de enfermería	Cr-Efm 1/1
Cédulas analíticas del área de enfermería	CA-Efm 1/1
Evaluación área de Servicios Médicos	CI-SMd 1/1
Niveles de confianza riesgo del área de Servicios Médicos	Cr-SMd 1/1
Cédulas analíticas de Servicios Médicos	CA-SMd 1/1
Evaluación área de farmacia	CI-Fm 1/1
Niveles de confianza riesgo del área de farmacia	Cr-Fm 1/1
Cédulas analíticas de farmacia	CA-Fm 1/1
Indicadores de gestión	IG 3/3
Hallazgos	Hg 5/5
Programa de Auditoría Fase –IV: Comunicación de Resultados	PA-FIV 1/1
Convocatoria a lectura del informe	Lt-Ifm 1/1
Informe final	If-Fnl 8/8

Marcas de auditoría utilizadas

Marcas	Descripción
D ð	Debilidad
Hg	Hallazgo
Ω	Adquisición de insumos y medicinas
Ł	Contratación talento Humano
£	Control Activos fijos
↳	Proceso de baja de activos fijos
h	Informes de áreas
z	Pliego
Q	Contratos
℄	Informes activos
∞	No existe
C	Informes áreas
i	Pago insumos y medicinas
p	Planillado de personal de contrato
и	Revaloración de activos fijos
v	Presentación de información financiera
x	Ejecución de partida presupuestaria
Я	Reformas
□	Comprobantes de egreso
□	Rol de pagos
%	Registros financieros
¥	Estados financieros
□	Certificados presupuestarios
□	Presupuesto
h	Presupuesto insuficiente

h	Hematológicos
&	Inmunológicos
œ	Microbiológicos
Z	Registro interno
Θ	Registro de pedidos consulta
2	Ingreso hospitalario
φ	Registro estadística
b	Informes médicos
l	Registro informes
tf	Historias clínicas
?	Los medicamentos según registro de ingresos

ARCHIVO PERMANENTE

**AUDITORÍA DE GESTIÓN HOSPITAL PROVINCIAL FRANCISCO DE ORELLANA
DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2016**

INFORMACIÓN GENERAL DEL HOSPITAL

El hospital provincial de Francisco de Orellana es una institución pública de servicios de Salud, ubicada en la Provincia de Orellana, Cantón Francisco de Orellana, como unidad de salud de primer nivel, para favorecer a las comunidades del Medio y Bajo Napo.

La casa de salud brinda los siguientes servicios relacionados con asistencia médica:

Emergencia: 18 camas para observación

Consulta externa (14 consultorios) Cirugía General, Cirugía Vascular, Dermatología, Estomatología, Urología, Traumatología, Gineco-Obstetricia, Medicina Interna, Neurocirugía, Oftalmología, Pediatría, Psicología, Psiquiatría, Pediatría, Pre Anestesia, Nutrición, Audiometría, Unidad de Atención Integral.

Hospitalización camas censables: 59 camas, Medicina Interna – 11 camas; Cirugía General – 10 camas, Ginecología y Obstetricia – 22 camas, Pediatría – 12 camas. Otras camas: 5

Servicios de Apoyo Diagnóstico: Laboratorio clínico: Lac 1 (de emergencia las 24 horas), Servicio de medicina transfusional (24 horas), Imagenología: rayos X, ecografía, tomografía, mamografía, eco dopler.

Servicios de Apoyo Terapéutico: Centro Obstétrico: 1 salas de parto, 1 de recuperación con 4 camas.

Centro Quirúrgico: 2 quirófanos

Otros servicios de Apoyo: Sala de Primera Acogida

La institución desarrolla sus actividades y servicios respaldado en lo establecido por el Ministerio de Salud Pública, a través de los siguientes artículos:

Que el artículo 42 de la Constitución Política de la República, manda que el Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección y la posibilidad de acceso ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia;

Que el Código de la Salud, en su artículo 96, dispone que el Estado fomentará y promoverá la salud individual y colectiva;

Que la Ley de Modernización del Estado, Privatizaciones y Prestaciones de Servicios Públicos por parte de la Iniciativa Privada determina en su artículo 41 que el Estado deberá cumplir con su obligación constitucional de atender la salud pública de los ecuatorianos;

Que la cobertura en salud, en el oriente ecuatoriano merece especial atención por parte del Ministerio de Salud Pública, por lo que se considera necesario elevar a Hospital Provincial, el Centro de Salud Hospital de San Francisco de Orellana, con el objeto de ampliar la atención sanitaria que brinda esta Cartera de Estado en beneficio de los más necesitados;

**AUDITORÍA DE GESTIÓN HOSPITAL PROVINCIAL FRANCISCO DE ORELLANA
DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2016**

INFORMACIÓN GENERAL DEL HOSPITAL

Que con memorando No. SHE-10-129-2002 de 2 de abril del 2002, el Director Nacional de Servicios de Salud, solicite la elaboración del presente acuerdo ministerial; y,

En ejercicio de las atribuciones concedidas por el artículo 176 de la Constitución Política de la República y artículo 16 del Estatuto del Régimen Jurídico Administrativo de la Función Ejecutiva,

Acuerda:

Art. 1.- Elévase a la categoría de Hospital Provincial, al Centro de Salud Hospital de San Francisco de Orellana, ubicado en la provincia de Orellana.

Art. 2.- Dispónese que todos los estamentos del Ministerio de Salud Pública, ejecuten todas las acciones pertinentes para que se cumpla a cabalidad este acuerdo ministerial.

Art. 3.- De la ejecución del presente acuerdo ministerial que entrará en vigencia a partir de la fecha de su suscripción sin perjuicio de su publicación en el Registro Oficial, encárgase al Director Nacional de Servicios de Salud y al Director Provincial de Salud de Orellana.

No. 0240

EL MINISTRO DE SALUD PÚBLICA

Que el artículo 42 de la Constitución Política de la República, manda que el Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección y la posibilidad de acceso ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia;

Que el Código de la Salud en su artículo 96, dispone que el Estado fomentará y promoverá la salud individual y colectiva;

Que mediante Decreto Ejecutivo No. 3292, publicado en el Registro Oficial No. 932 de II de mayo de 1992, se establecía la conformación de las áreas de salud como el nivel básico de organización y operación regionalizada y desconcentrada de los servicios que presta el Ministerio de Salud Pública;

Que la organización e implementación de las áreas de salud constituye parte fundamental de los procesos de regionalización y desarrollo de los sistemas locales (SILOS) en que se halla empeñado el Ministerio de Salud Pública;

Que el Desarrollo de las áreas de salud a través de la desconcentración administrativa financiera y el mejoramiento de la calidad y eficiencia de los servicios, constituye un proceso a realizarse en forma progresiva;

**AUDITORÍA DE GESTIÓN HOSPITAL PROVINCIAL FRANCISCO DE ORELLANA
DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2016**

INFORMACIÓN GENERAL DEL HOSPITAL

Que Loreto y La Joya de los Sachas en calidad de cabeceras cantonales de la provincia de Orellana y dada la naturaleza dinámica del desarrollo y crecimiento de sus poblaciones, ameritan contar con servicios de salud de mayor complejidad, que satisfagan las necesidades y requerimientos de sus pobladores;

Que con memorando No. SAS- 10-90 de 2 de abril del 2002; el Director Nacional de Áreas de Salud, solicita la elaboración del presente acuerdo ministerial; y,

En ejercicio de las atribuciones concedidas por el artículo 176 de la Constitución Política de la República y artículo 16 del Estatuto del Régimen Jurídico Administrativo de la Función Ejecutiva.

Art. 1.- Elevar a la categoría de centros de salud a los Subcentro de salud de La Joya de los Sachas y de Loreto, ubicados en la provincia de Orellana.

Art. 2.- Disponer la asignación progresiva de recursos para que los nuevos centros de salud cumplan con sus nuevas funciones, mientras tanto lo harán con recursos propios o los que pudieren conseguir de otras instituciones locales.

Art. 3.- De la ejecución del presente acuerdo ministerial que entrará en vigencia, a partir de la fecha de su suscripción, sin perjuicio de su publicación en el Registro Oficial, encargase a la Dirección de Salud, a través de la Dirección Nacional de Áreas de Salud y a la Dirección Provincial de Salud de Orellana.

**AUDITORÍA DE GESTIÓN HOSPITAL PROVINCIAL FRANCISCO DE ORELLANA
DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2016**

ORDEN DE TRABAJO

Orellana, diciembre 3 de 2018

Doctor
José Antonio Úrgeles Soto
Gerente Hospital Provincial de Francisco de Orellana
Presente. -

De nuestra consideración:

Con gran estimación hacemos llegar un cordial saludo y los mejores deseos de éxito en sus funciones, la presente tiene el motivo de informar que se realizará una auditoría de gestión al Hospital Provincial Francisco de Orellana, por el periodo 2016, con la finalidad de conocer los niveles de gestión, eficiencia y eficacia alcanzados por la institución en la prestación de servicios.

La auditoría tendrá un alcance sobre los procesos administrativos que comprenderá la revisión de documentos en las áreas de la institución de salud, el equipo a cargo de la ejecución de la auditoría estará conformado por la Ing. Letty Elizalde en calidad de supervisora del trabajo, Lic. Mgs. Mónica Brito quien se desempeñará como Jefe de equipo y la Srta. Deysi Espinoza como auditora.

El tiempo estimado para la ejecución de la auditoría será de 45 días laborables, en los que se desarrollaran las correspondientes fases. Debo mencionar que la ejecución de cada fase estará sustentada por las Normas de Auditoría Generalmente Aceptadas, las Normas de Control Interno para entidades del Sector Público y las disposiciones y políticas internas que rigen el accionar de las actividades institucionales.

Habiendo informado sobre el particular se emite la presente orden de trabajo, dejando constancia sobre el asunto en original y copia.

Atentamente,

Ing. Letty Elizalde
Supervisora

4.1.1 Fase I: Conocimiento preliminar

PA-FI- 1/1

AUDITORÍA DE GESTIÓN HOSPITAL PROVINCIAL FRANCISCO DE ORELLANA DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2016

PROGRAMA DE AUDITORÍA FASE-I: CONOCIMIENTO PRELIMINAR				
Objetivo: Recopilar datos e información relativos a la casa de salud, para su análisis y posterior interpretación				
N°	PROCEDIMIENTOS	PT/REF	FECHA	ELABORADO - SUPERVISADO
1	Realice la visita al hospital	V-H	05/12/2018	LE - DE
2	Entreviste al representante legal de HPFO	Ent	07/12/2018	LE - DE
3	Presente el contrato de prestación de servicios	CPS	10/12/2018	LE - DE
4	Presente la carta de inicio de la auditoría integral	IAG	11/12/2018	LE - DE
5	Presente la solicitud de información	Sim	12/12/2018	LE - DE

Elaborado por: Deysi Espinoza	Fecha elaboración: 03/12/2018
Supervisado por: Letty Elizalde	Fecha supervisión: 03/12/2018

**AUDITORÍA DE GESTIÓN HOSPITAL PROVINCIAL FRANCISCO DE ORELLANA
DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2016****VISITA AL HOSPITAL**

Orellana, 5 de diciembre de 2018, realice la visita a las instalaciones del Hospital Provincial, amablemente uno de los empleados de la institución me guío por las instalaciones indicándome como estaba distribuido el espacio.

La institución es de una sola planta en la que se encuentran las áreas de Gerencia, Administración, Financiero - Contable, Consulta Externa, Interna, Laboratorios, Hospitalización, Farmacia, Rehabilitación, cada área mantiene un responsable el cual coordina con la Gerencia el desarrollo de las actividades.

Las actividades que se desarrollan en la institución obedecen al cumplimiento del POA, se observó que cada área cuenta con el mobiliario necesario para ejecutar con eficiencia las funciones asignadas.

Los procesos se encuentran vinculados a la prestación de servicios de asistencia en salud, razón por lo cual se trabaja en concordancia con el Ministerio de Salud Pública.

La parte asignada a la Administración del hospital ocupa un área pequeña en la cual se encuentran las oficinas de Adquisiciones y Compras Públicas, de Talento Humano, Estadística y Gerencia, desde estos espacios se coordinan las diferentes actividades.

En lo referente a las áreas de asistencia médica estas se encuentran distribuidas en: consulta externa, hospitalización, laboratorio, sala de emergencia, quirófano y farmacia, considerando que en los últimos años la población se ha incrementado considerablemente por lo que el espacio está quedando reducido.



Fuente: Hospital de Orellana

**AUDITORÍA DE GESTIÓN HOSPITAL PROVINCIAL FRANCISCO DE ORELLANA
DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2016**

ENTREVISTA REPRESENTANTE LEGAL

Entrevistado: **José Antonio Úrgeles Soto**

Cargo: **Gerente Hospital Francisco de Orellana**

Hora: **14h32'**

Fecha: **7/12/2018**

La institución ha sido sometida a la ejecución de auditoría de este tipo en otros periodos

Si en el año 2012 la Contraloría General del Estado, aplicó una auditoría de gestión al hospital.

Las recomendaciones sugeridas cumplieron la etapa de seguimiento y monitoreo.

Tengo conocimiento de que se cumplieron en su totalidad, por cuanto esto apporto al mejoramiento de los procesos internos.

Considera que la determinación de hallazgos es un referente para el mejoramiento continuo de las actividades tanto administrativas como operativas en la institución.

Desde luego, mediante la exposición de debilidad se pude tomar medidas correctivas y encaminar apropiadamente las actividades que se encuentra restando eficiencia al desempeño.

Como es de su conocimiento ejecutaremos una auditoría de gestión a la institución, por lo que será necesario contar con su colaboración, está dispuesto a proporcionarnos la información necesaria para ello.

Desde luego, los responsables de las áreas se encuentran informados sobre el particular, y tienen la predisposición de colaborar en lo que sea necesario, para que la auditoría se desarrolle sin inconvenientes.

Cree usted que las actividades y operaciones se han enfocado en alcanzar niveles aceptables de eficiencia y eficacia.

Estoy convencido de que nuestro accionar se ha desarrollado de manera apropiada, con la intención de cumplir los objetivos institucionales, desafortunadamente los recursos con los que contamos no son suficientes, en varias ocasiones se ha tenido que reformar el presupuesto, por cuanto las condiciones no han sido favorables y esto de alguna manera ha impedido el cumplimiento de procesos.

**AUDITORÍA DE GESTIÓN HOSPITAL PROVINCIAL FRANCISCO DE ORELLANA
DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2016**

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Orellana, diciembre 10 de 2018

Doctor.
José Antonio Úrgeles Soto
Gerente del Hospital Francisco de Orellana
Presente. -

Estimado señor:

Mediante la presente quedarán sentados los arreglos para la ejecución de la auditoría de gestión en el Hospital provincial Francisco de Orellana Área de Salud N° 1, cantón Francisco de Orellana, durante el período del 01 de enero al 31 de diciembre del 2016.

Comparece por una parte la Señorita Deysi Espinoza quien se desempeñará como auditora y por otra parte el Dr. José Antonio Úrgeles Soto. representante legal del Hospital Provincial Francisco de Orellana. Doy a conocer que auditare los procesos administrativos que se han realizado en el periodo en mención, con el propósito de expresar una opinión referente a la imparcialidad con la cual se presenta la información, en todos los aspectos de importancia, el cumplimiento de leyes, normas y reglamentos.

La auditoría se conducirá de acuerdo con las normas de auditoría generalmente aceptadas. Éstas requieren que obtenga una certidumbre absoluta, de que la información está libre de errores de importancia. Aunque una auditoría incluye la obtención de un entendimiento suficiente del control interno para planear la auditoría y para determinar la naturaleza, tiempo y grado de los procesos de auditoría que se van a realizar. Sin embargo, seré responsable de asegurar que el comité de auditoría esté consciente de cualquier decencia que llame la atención.

La administración es responsable de:

- 1) Establecer y mantener un control interno efectivo sobre los procesos,
- 2) Identificar y asegurar que la institución cumple con las leyes y reglamentaciones aplicables a sus actividades.

La terminación oportuna de este trabajo facilitará la terminación de la auditoría.

Si esta carta expresa correctamente su entendimiento, favor de firmar la copia adjunta y regresárnosla. Apreciamos la oportunidad de servirle.

Atentamente,

Deysi Espinoza
Auditora

**AUDITORÍA DE GESTIÓN HOSPITAL PROVINCIAL FRANCISCO DE ORELLANA
DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2016**

INICIO DE LA AUDITORÍA DE GESTIÓN

Orellana, 11 de diciembre de 2018

Señor.
Gerente del Hospital
Presente. -

De mi consideración:

Quiénes conformamos el equipo de auditoría, hacemos extensivo nuestro saludo, a la vez informamos el inicio de los trabajos de Auditoría de Gestión al Hospital Provincial de Orellana, periodo 2017.

La auditoría comprende la revisión de los procesos ejecutados en la institución hospitalaria durante el periodo manifestado, considerando que el desarrollo de las actividades estará sustentado en lo dispuesto por las Normas de Auditoría Generalmente Aceptadas, el uso de políticas internas institucionales y la Normativa de Control Interno que regula las actividades del sector público.

El equipo de auditoría tendrá un alcance sobre los procesos y actividades administrativas, por lo que será indispensable obtener información relevante y la colaboración de los empleados inmersos en el desarrollo de la auditoría.

Informamos además que la auditoría tendrá un tiempo estimado de 40 días laborables, tiempo en el cual se ejecutará cada una de las fases y la presentación del informe final del trabajo.

Con estas consideraciones dejamos constancia del inicio de la auditoría al Hospital Provincial de Orellana.

Atentamente,

Deysi Espinoza
Auditora

**AUDITORÍA DE GESTIÓN HOSPITAL PROVINCIAL FRANCISCO DE ORELLANA
DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2016**

SOLICITUD DE INFORMACIÓN

Orellana, diciembre 12 de 2018

Señores

Responsables de: Gerencia, Administración, Financiero - Contable, Consulta Externa, Interna, Laboratorios, Hospitalización, Farmacia, Rehabilitación del Hospital Provincial de Orellana.

Presente. -

Expresamos nuestro sentimiento de estimación, a la vez solicitamos nos proporcione la información necesaria para el desarrollo de la auditoría, la documentación corresponde a los siguientes requerimientos:

- Estructura orgánica –funcional
- POA institucional
- Procesos de contratación de personal
- Proceso de adquisición y compras públicas
- Reglamento y políticas institucionales
- Resoluciones administrativas en el periodo
- Registros de informes de áreas
- Otros relacionados con la auditoría

Con la seguridad de que lo solicitado será proporcionado con la brevedad que el caso amerita, hacemos extensivo nuestro agradecimiento.

Atentamente,

Deysi Espinoza
Auditora

ARCHIVO CORRIENTE

4.1.2 Fase II: Planificación

PA-FII-1/1

AUDITORÍA DE GESTIÓN HOSPITAL PROVINCIAL FRANCISCO DE ORELLANA DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2016

PROGRAMA DE AUDITORÍA FASE-II: PLANIFICACIÓN				
Objetivo: Diseñar los instrumentos de auditoría que aportaran al desarrollo de las actividades, evaluar el Control Interno				
Nº	PROCEDIMIENTOS	PT/REF	FECHA	ELABORADO - SUPERVISADO
	Planificación Preliminar			LE - DE
1	Elabore el memorando de planificación	M-PF	13/12/2018	LE - DE
	Planificación Específica			LE - DE
2	Evalúe el Ambiente de Control	AC	14/12/2018	LE - DE
3	Elabore la matriz de confianza riesgo Ambiente de Control	Cr-AC	17/12/2018	LE - DE
4	Evalúe al componente de Evaluación del Riesgo	ER	18/12/2018	LE - DE
5	Elabore la matriz de confianza riesgo Evaluación del Riesgo	Cr-ER	19/12/2018	LE - DE
6	Evalúe las Actividades de Control	AdC	20/12/2018	LE - DE
7	Elabore la matriz de confianza riesgo de las Actividades de Control	Cr-AdC	21/12/2018	LE - DE
8	Evalúe Información y Comunicación	IC	27/12/2018	LE - DE
9	Elabore la matriz de confianza riesgo de Información y Comunicación	Cr-IC	30/12/2018	LE - DE
10	Evalúe el componente de Supervisión u Monitoreo	SV	03/01/2019	LE - DE
11	Elabore la matriz de confianza riesgo del componentes de Supervisión y Monitoreo	Cr-SV	04/01/2019	LE - DE
12	Presente el informe de Control Interno	ICI	07/01/2019	LE- DE

Elaborado por: Deysi Espinoza	Fecha elaboración: 03/12/2018
Supervisado por: Letty Elizalde	Fecha supervisión: 04/12/2018

PLANIFICACIÓN PRELIMINAR

**AUDITORÍA DE GESTIÓN HOSPITAL PROVINCIAL FRANCISCO DE ORELLANA
DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2016**

MEMORANDO DE PLANIFICACIÓN

1. ANTECEDENTES DE LA INSTITUCIÓN

El Hospital Francisco de Orellana, nace como un Centro de Salud Materno Infantil, según memorando No. SHE10-129-2001 de fecha 2 de abril del 2002 se solicita la elevación del Centro de Salud a Hospital Provincial, que mediante Acuerdo Ministerial No. 0229 de fecha 3 de abril del 2002 publicada en el Registro Oficial No. 565 el 29 de abril del 2002 se establece este pedido, denominándose Hospital Provincial Francisco de Orellana, sin embargo se ha ejecutado de nombre y de sus actividades diarias de un Hospital Provincial, pero no con recursos humanos y económicos necesarios.

2. OBJETIVO DE LA AUDITORÍA DE GESTIÓN

Determinar los niveles de eficiencia, eficacia y economía alcanzados en los procesos ejecutados durante el periodo 2017 por el Hospital Provincial Francisco de Orellana.

3. ALCANCE DE LA AUDITORÍA

- Planes y objetivos institucionales
- Estructura orgánica, política y prácticas
- Sistema de procedimientos
- Métodos de control
- Formas de operación y recursos materiales y humanos

4. SUSTENTO DE LA AUDITORÍA

La ejecución de la auditoría estará sustentada por:

- Normas de Auditoría Generalmente Aceptadas
- Normas de Control Interno para Organismos del Sector Público
- Políticas internas
- Normas y disposiciones por áreas de desempeño
- Ley Orgánica del Sector Público
- Ley Organiza de Salud Pública
- Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado

5. EQUIPO AUDITOR

El equipo estará conformado por:

Ing. Letty Elizalde

Supervisor

Ing. Mónica Brito

Jefe de equipo

**AUDITORÍA DE GESTIÓN HOSPITAL PROVINCIAL FRANCISCO DE ORELLANA
DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2016**

MEMORANDO DE PLANIFICACIÓN

Srta. Deysi Espinoza

Auditora

6. TIEMPOS PARA EL DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

Recopilación de la información 3 días

Análisis de la información 15 días

Elaboración de papeles de trabajo 15 días

Elaboración del informe 7 días

Elaborado por: Deysi Espinoza	Fecha elaboración: 13/12/2018
Supervisado por: Letty Elizalde	Fecha supervisión: 13/12/2018

PLANIFICACIÓN ESPECÍFICA

**AUDITORÍA DE GESTIÓN HOSPITAL PROVINCIAL FRANCISCO DE ORELLANA
DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2016**

CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO AMBIENTE DE CONTROL				
Objetivo:				
Nº	PREGUNTAS	SI	NO	OBSERVACIONES
1	¿Los Directivos del hospital propician una cultura organizacional con énfasis en la integridad y el comportamiento ético?	9	2	
2	¿Es de conocimiento que las irregularidades asociadas al incumplimiento de las normas éticas por parte de los colaboradores son sancionadas?	8	3	
3	¿Existen quejas por parte de los usuarios por actitudes inapropiadas de los colaboradores vinculados con los servicios que presta la institución?	3	9	En ocasiones las quejas presentadas han sido con relación a la prestación de servicios D1-p
4	¿El hospital cuenta con un plan estratégico?	11	0	
5	¿En el plan se han considerado los objetivos institucionales?	10	1	
6	¿ Se han definido metas para poder medir el rendimiento de las unidades funcionales?	7	4	
7	¿Se han definido indicadores de eficiencia y eficacia para poder realizar un seguimiento a los procesos?	6	5	
8	¿La estructura orgánica es consistente a la realidad actual de la institución de salud?	8	3	
9	¿Existe un plan operativo para cada unidad?	10	1	
10	¿Los directores de la unidades exigen el cumplimiento de objetivos bajo criterios de eficiencia, eficacia en el marco legal que rige las actividades de la entidad?	9	2	
TOTAL		81	30	

Calificación positiva	81
Calificación negativa	30
Nivel de Confianza: Cal Posit / Cal. Negat * 100	73%
Grado de Riesgo: 100% - Nivel de Confianza	27%

Elaborado por: Deysi Espinoza	Fecha elaboración: 14/12/2018
Supervisado por: Letty Elizalde	Fecha supervisión: 14/12/2018

**AUDITORÍA DE GESTIÓN HOSPITAL PROVINCIAL FRANCISCO DE ORELLANA
DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2016**

MATRIZ DE CONFIANZA RIESGO AMBIENTE DE CONTROL

Tabla 14-4: Ponderación Confianza Riesgo Ambiente de Control

CONFIANZA		RIESGO	
BAJO	8% - 32%	ALTO	66% - 95%
MEDIO	33% - 69%	MEDIO	29% - 65%
ALTO	70% - 98%	BAJO	7% - 28%

Fuente: CGE

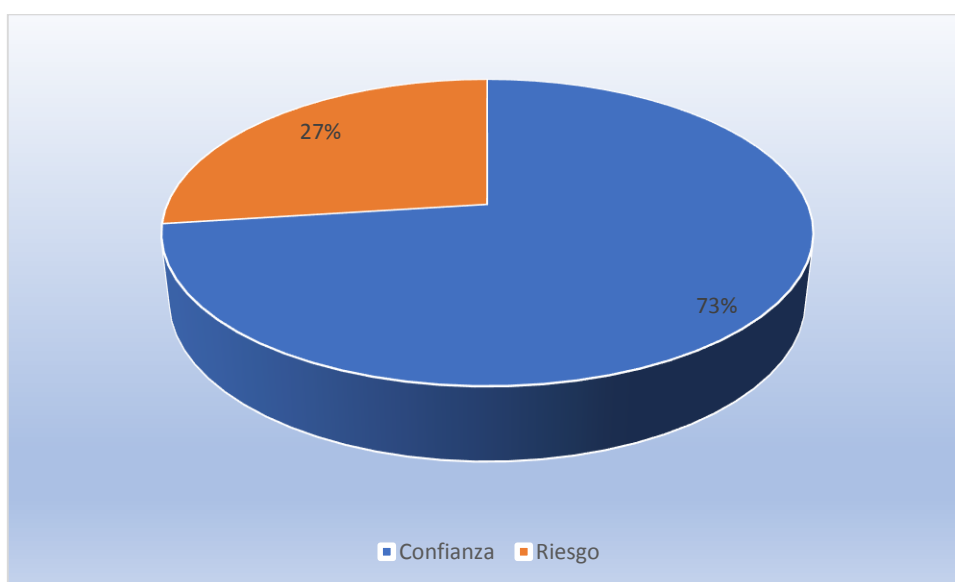


Gráfico 11-4: Confianza Riesgo Ambiente de Control

Fuente: Cuestionario de Control Interno

Elaborado por: Deysi, Espinoza. (2019)

Interpretación

El Ambiente de Control en el Hospital Provincial Francisco de Orellana alcanzó un nivel de confianza del 73% debido a que el control interno empleado en este componente ha sido efectivo, lo que denota en el bajo porcentaje que presenta el riesgo el cual alcanzó el 27%, sin embargo, se deben implementar medidas para corregir las debilidades existentes.

Elaborado por: Deysi Espinoza	Fecha elaboración: 17/12/2018
Supervisado por: Letty Elizalde	Fecha supervisión: 17/12/2018

**AUDITORÍA DE GESTIÓN HOSPITAL PROVINCIAL FRANCISCO DE ORELLANA
DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2016**

CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO EVALUACIÓN DE RIESGO				
Objetivo:				
N°	PREGUNTAS	SI	NO	OBSERVACIONES
1	¿Se han determinado las técnicas para la identificación de eventos a nivel institucional, estableciendo los responsables, el alcance y la oportunidad de su aplicación?	9	2	
2	¿Se conoce los riesgos relacionados con los cambios del entorno?	7	4	
3	¿La institución de salud cuenta con una matriz de identificación de riesgos?	10	1	
4	¿Se han interrelacionado los eventos a nivel de la institución con las posibles unidades afectadas?	9	2	
5	¿Existen criterios formales para definir la frecuencia de ocurrencia de los riesgos?	10	1	
6	¿Se ajusta el nivel de riesgos de acuerdo con la influencia de la correlación de eventos?	8	3	
7	¿Se analizan las alternativas de respuesta considerando la estimación de los costos y beneficios directos e indirectos?	9	2	
8	¿Se conocen los controles que la institución aplica en relación a los riesgos identificados?	11	0	
9	¿Se evalúa la efectividad de los controles aplicados para determinar el riesgo?	8	3	
10	¿Se establece un cronograma para la implementación de acciones preventivas?	6	5	
TOTAL		87	23	

Calificación positiva	87
Calificación negativa	23
Nivel de Confianza: Cal Posit / Cal. Negat * 100	79%
Grado de Riesgo: 100% - Nivel de Confianza	21%

Elaborado por: Deysi Espinoza	Fecha elaboración: 18/12/2018
Supervisado por: Letty Elizalde	Fecha supervisión: 18/12/2018

**AUDITORÍA DE GESTIÓN HOSPITAL PROVINCIAL FRANCISCO DE ORELLANA
DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2016**

MATRIZ DE CONFIANZA RIESGO EVALUACIÓN DEL RIESGO

Tabla 15-4: Ponderación Confianza Riesgo Evaluación del Riesgo

CONFIANZA		RIESGO	
BAJO	8% - 32%	ALTO	66% - 95%
MEDIO	33% - 69%	MEDIO	29% - 65%
ALTO	70% - 98%	BAJO	7% - 28%

Fuente: CGE

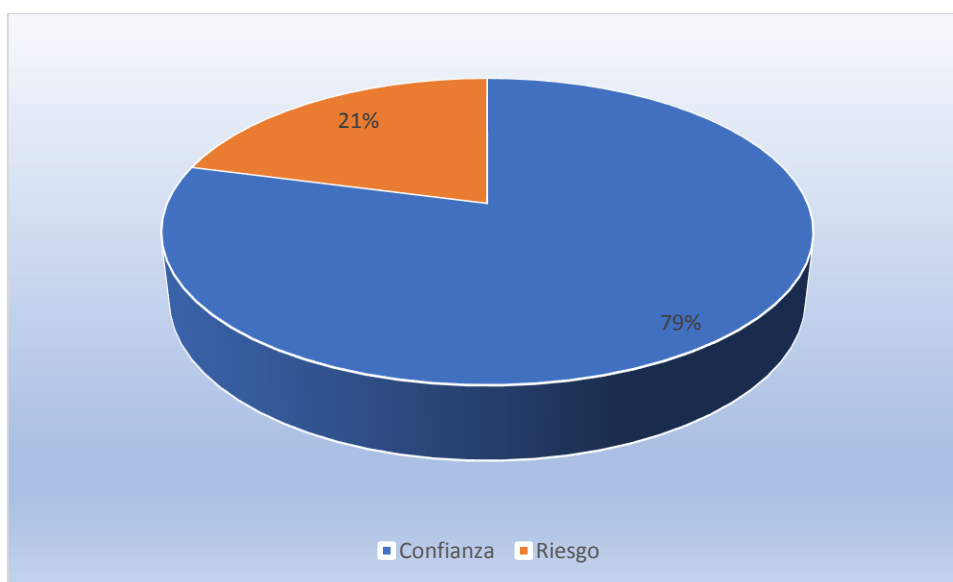


Gráfico 12-4: Confianza Riesgo Evaluación del Riesgo

Fuente: Cuestionario de Control Interno
Elaborado por: Deysi, Espinoza. (2019)

Interpretación

En lo que respecta al componente de evaluación de riesgo las medidas adoptadas para mitigar la ocurrencia de este han sido apropiadas, así lo demuestra el porcentaje alcanzado en el nivel de confianza que llegó al 79%, mientras que el riesgo llegó a representar un 21%. Obteniendo un rango Alto Bajo.

Elaborado por: Deisy Espinoza	Fecha elaboración: 19/12/2018
Supervisado por: Letty Elizalde	Fecha supervisión: 19/12/2018

**AUDITORÍA DE GESTIÓN HOSPITAL PROVINCIAL FRANCISCO DE ORELLANA
DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2016**

CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO ACTIVIDADES DE CONTROL				
Objetivo:				
N°	PREGUNTAS	SI	NO	OBSERVACIONES
1	¿La institución ha evaluado sus procesos a efecto de lograr una mayor eficiencia operativa eliminando procedimientos innecesarios y burocráticos?	8	3	
2	¿Se ha analizado y regularizado la posible existencia de tareas improductivas que afectan el cumplimiento de objetivos institucionales?	5	6	No se determinado este proceso D 2-β
3	¿Se ha analizado el reemplazo de productos o servicios internos innecesarios, considerando la posibilidad de contar con recursos tecnológicos disponibles?	9	2	
4	¿Se ha analizado la necesidad de adquirir herramientas adicionales para el cumplimiento de los funciones?	7	4	
5	¿Se verifica el cumplimiento de todas las etapas o tareas necesarias para ejecutar las actividades?	9	2	
6	¿Se informa los desvíos de las acciones para que se generen medidas correctivas?	8	3	
7	¿Se ha nombrado personal responsable de realizar tareas de supervisión?	10	1	
8	¿Se informa sobre el resultado de la supervisión?	9	2	
9	¿Se corrigen oportunamente las deficiencias detectadas mediante la supervisión?	7	4	
10	¿La estructura organizativa se encuentra acorde a los cargos y áreas actuales?	4	7	Se mantiene la estructura de hace muchos años atrás D 3-β
11	¿Los Activos de propiedad de la institución mantienen un eficiente control y mantenimiento?	3	8	Existen equipos que no funcionan y no han sido reparados 4-β
TOTAL		79	42	

Calificación positiva	79
Calificación negativa	42
Nivel de Confianza: Cal Posit / Cal. Negat * 100	65%
Grado de Riesgo: 100% - Nivel de Confianza	35%

Elaborado por: Deysi Espinoza	Fecha elaboración: 20/12/2018
Supervisado por: Letty Elizalde	Fecha supervisión: 20/12/2018

**AUDITORÍA DE GESTIÓN HOSPITAL PROVINCIAL FRANCISCO DE ORELLANA
DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2016**

MATRIZ DE CONFIANZA RIESGO ACTIVIDADES DE CONTROL

Tabla 16-4: Ponderación Confianza Riesgo Actividades de Control

CONFIANZA		RIESGO	
BAJO	8% - 32%	ALTO	66% - 95%
MEDIO	33% - 69%	MEDIO	29% - 65%
ALTO	70% - 98%	BAJO	7% - 28%

Fuente: CGE

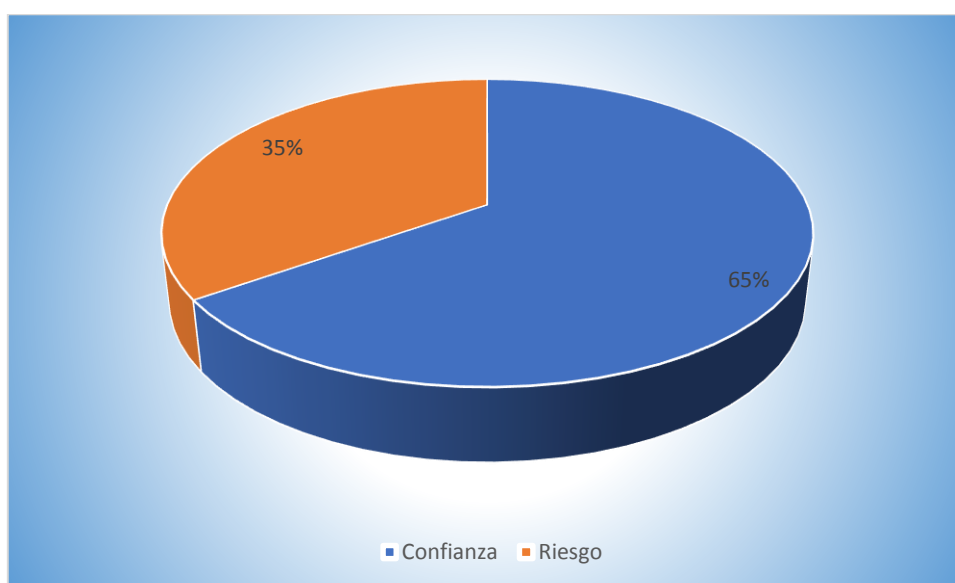


Gráfico 13-4: Confianza Riesgo Actividades de Control

Fuente: Cuestionario de Control Interno

Elaborado por: Deysi, Espinoza. (2019)

Interpretación

Dentro del componente de las actividades de control se obtuvo una ponderación del 65% ubicando la confianza en un nivel moderado, con respecto al riesgo este llegó al mismo nivel moderado con el 35%, siendo necesario implementar controles efectivos para corregir las actividades que requieren acciones oportunas.

Elaborado por: Deysi Espinoza	Fecha elaboración: 21/12/2018
Supervisado por: Letty Elizalde	Fecha supervisión: 21/12/2018

**AUDITORÍA DE GESTIÓN HOSPITAL PROVINCIAL FRANCISCO DE ORELLANA
DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2016**

CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN				
Objetivo:				
Nº	PREGUNTAS	SI	NO	OBSERVACIONES
1	¿Los responsables de áreas y departamentos tienen conocimiento de la información relevante que se obtiene de los usuarios?	9	2	
2	¿La institución de salud ha determinado los responsables para obtener, transmitir y analizar información que permita monitorear el entorno?	7	4	
3	¿Se provee de canales de comunicación suficientes para que los colaboradores conozcan la información relacionada con las tareas que deben realizar, los procedimientos y sus responsabilidades?	9	2	
4	¿Se han difundido al interior de la institución procedimientos eficaces para comunicar acciones impropias de los responsables jerárquicos a las instancias correspondientes?	7	4	
5	¿Existe una comunicación efectiva entre los colaboradores que participan de actividades determinadas para facilitar la coordinación eficiente de las tareas?	10	1	
6	¿La Institución ha establecido un sistema efectivo, seguro y eficiente para el registro de comunicaciones internas y externas?	5	6	El Quipux que es el medio oficial para comunicar disposiciones
7	¿El sistema de registro permite un seguimiento de la información comunicada internamente a efectos de poder comprobar el cumplimiento de tiempos establecidos?	4	7	Se dispone mediante comunicado, pero no controla tiempos
8	¿La institución ha determinado los responsables del registro y el seguimiento de las comunicaciones internas?	3	8	El sistema es automático y es enviado a las áreas pertinentes, pero solo hasta ahí
TOTAL		54	34	

Calificación positiva	54
Calificación negativa	34
Nivel de Confianza: Cal Posit / Cal. Negat * 100	61%
Grado de Riesgo: 100% - Nivel de Confianza	39%

Elaborado por: Deysi Espinoza	Fecha elaboración: 27/12/2018
Supervisado por: Letty Elizalde	Fecha supervisión: 27/12/2018

**AUDITORÍA DE GESTIÓN HOSPITAL PROVINCIAL FRANCISCO DE ORELLANA
DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2016**

MATRIZ DE CONFIANZA RIESGO INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

Tabla 17-4: Ponderación Confianza Riesgo Información y Comunicación

CONFIANZA		RIESGO	
BAJO	8% - 32%	ALTO	66% - 95%
MEDIO	33% - 69%	MEDIO	29% - 65%
ALTO	70% - 98%	BAJO	7% - 28%

Fuente: CGE

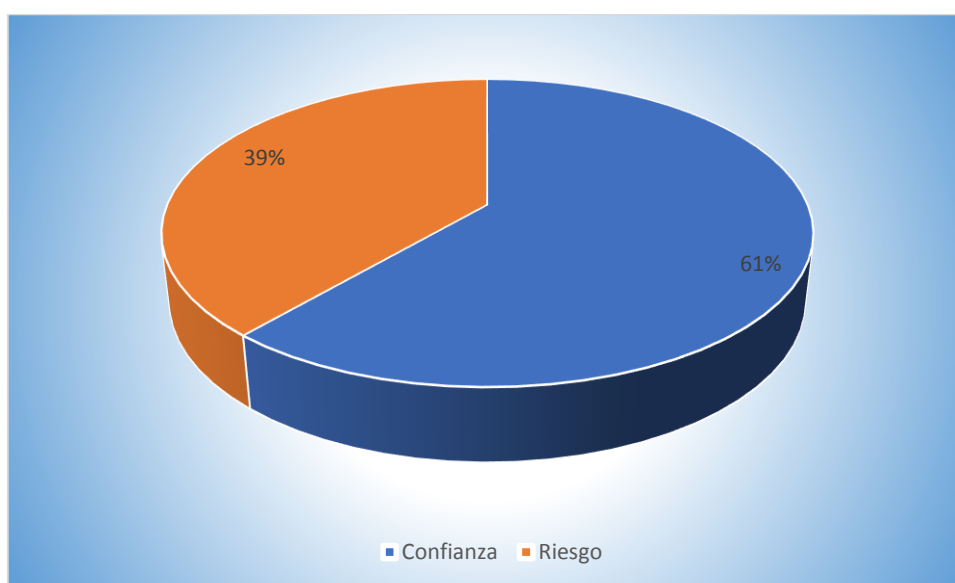


Gráfico 14-4: Confianza Riesgo Información y Comunicación

Fuente: Cuestionario de Control Interno

Elaborado por: Deysi, Espinoza. (2019)

Interpretación

Se ha determinado que el 61% de confianza poseen las actividades relacionadas con el componente de información y comunicación, mientras que el nivel de riesgo se ubicó en el 39%, estos porcentajes deben ser analizados por los directivos de la casa de salud y tomar las acciones correspondientes para su control.

Elaborado por: Deysi Espinoza	Fecha elaboración: 30/12/2018
Supervisado por: Letty Elizalde	Fecha supervisión: 30/12/2018

**AUDITORÍA DE GESTIÓN HOSPITAL PROVINCIAL FRANCISCO DE ORELLANA
DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2016**

CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO MONITOREO Y SUPERVISIÓN				
Objetivo:				
Nº	PREGUNTAS	SI	NO	OBSERVACIONES
1	¿Los niveles jerárquicos realizan un seguimiento a las políticas y el cumplimiento de los objetivos de gestión en el marco de las estrategias de la institución?	8	3	
2	¿Se instruye las acciones necesarias para perfeccionar los controles internos sobre la base de seguimiento realizado?	7	4	
3	¿Se cumplen con las recomendaciones emitidas por los auditores internos y externos sobre las deficiencias en los controles?	8	3	
4	¿Las recomendaciones tienden al perfeccionamiento de los controles institucionales?	10	1	
5	¿Se supervisan los puntos críticos de control sobre las operaciones administrativas y la efectividad de las actividades de control?	9	2	
6	¿Los responsables de la supervisión comunican oportunamente las deficiencias detectadas en el funcionamiento de los componentes del control interno?	9	2	
7	¿Los sistemas existentes satisfacen las necesidades de información a los responsables de su procesamiento?	7	4	
8	¿La autoridad máxima tiene conocimiento de la información relevante que se obtiene de los usuarios?	8	3	
9	¿Se realiza un seguimiento a la implementación de las decisiones que se toman sobre las necesidades y el nivel de satisfacción de los usuarios?	9	2	
TOTAL		75	24	

Calificación positiva	75
Calificación negativa	24
Nivel de Confianza: Cal Posit / Cal. Negat * 100	76%
Grado de Riesgo: 100% - Nivel de Confianza	24%

Elaborado por: Deysi Espinoza	Fecha elaboración: 03/01/2019
Supervisado por: Letty Espinoza	Fecha supervisión: 03/01/2019

**AUDITORÍA DE GESTIÓN HOSPITAL PROVINCIAL FRANCISCO DE ORELLANA
DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2016**

MATRIZ DE CONFIANZA RIESGO MONITOREO Y SUPERVISIÓN

Tabla 18-4: Ponderación Confianza Riesgo Monitoreo y Supervisión

CONFIANZA		RIESGO	
BAJO	8% - 32%	ALTO	66% - 95%
MEDIO	33% - 69%	MEDIO	29% - 65%
ALTO	70% - 98%	BAJO	7% - 28%

Fuente: CGE

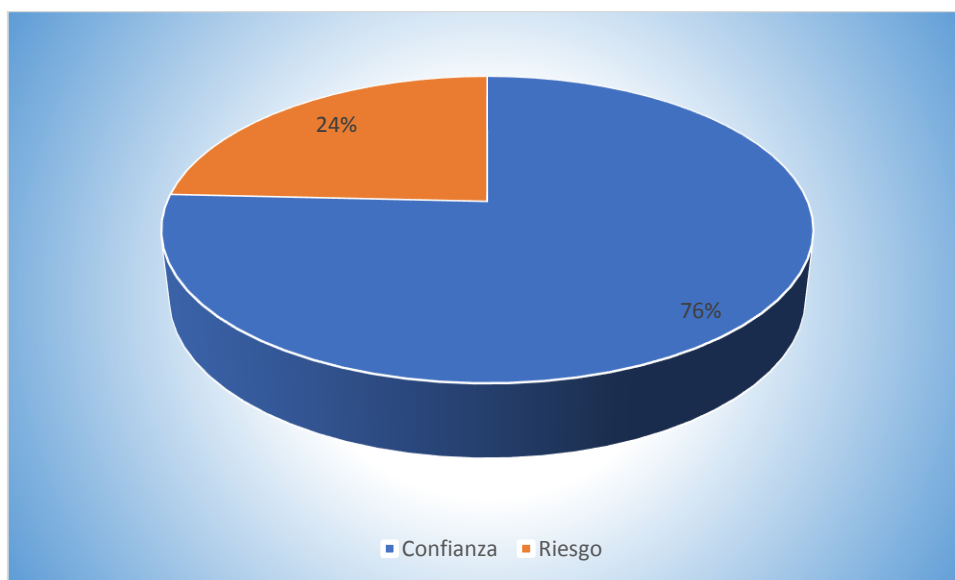


Gráfico 15-4: Confianza Riesgo Monitoreo y Supervisión

Fuente: Cuestionario de Control Interno

Elaborado por: Deysi, Espinoza. (2019)

Interpretación

En el componente de monitoreo y supervisión el nivel de confianza alcanzado es del 76% y el nivel de riesgo se ubicó en el 24%, lo que demuestra que las acciones tomadas dentro de este componente se encuentran bien direccionadas hacia la consecución de objetivos claros y precisos.

Elaborado por: Deysi Espinoza	Fecha elaboración: 04/01/2019
Supervisado por: Letty Elizalde	Fecha supervisión: 04/01/2019

**AUDITORÍA DE GESTIÓN HOSPITAL PROVINCIAL FRANCISCO DE ORELLANA
DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2016**

INFORME DE CONTROL INTERNO

Orellana 07 de enero de 2019

Señores
Hospital Provincial Francisco de Orellana
Presente. -

De nuestra consideración

Informamos que se hemos culminado la evaluación al control interno institucional, producto del examen hemos determinados las siguientes debilidades:

En el componente de Ambiente de Control se determinó que los funcionarios brindan una deficiente atención, razón por la cual los usuarios presentan constantes quejas, situación que deteriora la imagen institucional.

De acuerdo a lo establecido en el Plan Estratégico Institucional la Prioridad 1, en la Gestión de Atención Especializada puntualiza que el *sistema de mejora continua de la calidad de atención hospitalaria, estará orientado a la satisfacción de las necesidades de los usuarios con eficiencia y calidez*. Con esta consideración los funcionarios deben emprender acciones de mejora en cuanto a la atención que brindan a los usuarios.

Conclusión: No se puede ignorar la finalidad que persigue la institución de salud y en base a esos objetivos direccionar las actividades para alcanzar la satisfacción de los usuarios.

Recomendación: Al Director del HPFO, coordine con los responsables de las unidades de la institución e instruya sobre el particular al personal para brindar servicios de calidad a los usuarios.

Dentro del componente de Actividades de Control se han identificado las siguientes debilidades:

Existencia de tareas improductivas afectan el cumplimiento de objetivos institucionales; no se ha realizado un análisis para determinar y depurar los procedimientos que generan improductividad operativa y retrasan el cumplimiento de los objetivos institucionales.

Considerando que los objetivos estratégicos dentro de la gestión de atención especializada del Plan Operativo Institucional manifiestan que el hospital cuenta con *herramientas de administración eficiente y oportuna para que el recurso humano pueda proyectarse en alcanzar los objetivos institucionales con eficiencia.*

Conclusión: el cumplimiento de los objetivos institucionales se encuentra enlazados con la prestación de servicios de calidad a los usuarios, de ahí la importancia que esto genera al utilizar procedimientos concretos y oportunos.

Recomendación: A los responsables de áreas, revise los requerimientos en los procedimientos y depure lo innecesario para mejorar las actividades y se logre cumplir con los objetivos institucionales.

Desactualización de la estructura organizacional, los directivos no se han preocupado por actualizar el organigrama estructural, lo que ocasiona el desconocimiento de ciertas áreas y unidades operativas en la institución de salud.

Retomando lo establecido en la Norma 200-04 Estructura organizativa: *La máxima autoridad debe crear una estructura organizativa que atienda el cumplimiento de su misión y apoye efectivamente el logro de los objetivos organizacionales, la realización de los procesos, las labores y la aplicación de los controles pertinentes.*

La estructura organizativa de una entidad depende del tamaño y de la naturaleza de las actividades que desarrolla, por lo tanto, no será tan sencilla que no pueda controlar adecuadamente las actividades de la institución, ni tan complicada que inhiba el flujo necesario de información. Los directivos comprenderán cuáles son sus responsabilidades de control y poseerán experiencia y conocimientos requeridos en función de sus cargos.

Toda entidad debe complementar su organigrama con un manual de organización actualizado en el cual se deben asignar responsabilidades, acciones y cargos, a la vez que debe establecer los niveles jerárquicos y funciones para cada uno de sus servidoras y servidores.

Conclusión: al mantener una estructura organizacional actualizada el control estará direccionado de manera efectiva en especial hacia las áreas con mayor grado de incidencia de riesgos.

Recomendación: A los Directivos de la institución, coordine con los responsables de las áreas la actualización de la organización estructural de la institución de acuerdo a la situación actual.

Inexistencia de control de los activos de propiedad de la institución de salud, no existe un control preventivo sobre los bienes de la institución lo que se encuentra ocasionando el deterioro de estos debido al deficiente control y mantenimiento, por lo que el personal a cargo de control y manejo de los activos, incumple con lo establecido en la Normas 408-32 Mantenimiento, *“Las entidades prestarán el servicio de mantenimiento a los bienes y obras públicas a su cargo, con el fin de que éstas operen en forma óptima durante su vida útil y puedan obtenerse los beneficios esperados”*.

Comentario: el incumplimiento a la normativa no permite llevar un registro actualizado sobre los activos y los valores reales que estos presentan, por lo que la información que se procesa no es real.

Recomendación: Al personal asignado como responsable del manejo y mantenimiento de los activos fijos, realice una depuración de los bienes para conocer las cantidades reales y actualice la información correspondiente.

**AUDITORÍA DE GESTIÓN HOSPITAL PROVINCIAL FRANCISCO DE ORELLANA
DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2016**

MATRIZ DE CONTROL INTERNO

Tabla 19-4: Confianza riesgo general

COMPONENTES	CONFIANZA	RIESGO
Ambiente de Control	73%	27%
Evaluación de Riesgo	79%	21%
Actividades de Control	65%	35%
Información y Comunicación	61%	39%
Monitoreo y Supervisión	76%	24%
Total	354%	146%

Promedio General	CONFIANZA	RIESGO
	71%	29%

Fuente: Evaluación Control Interno

Elaborado por: Deysi, Espinoza (2019)

Se observa que el promedio general alcanzado en el nivel de confianza dentro del Control Interno llegó al 71% ubicándolo en un rango Alto, mientras que el riesgo obtuvo un 29% con un rango Bajo.

Elaborado por: Deysi Espinoza	Fecha elaboración: 07/01/2019
Supervisado por: Letty Elizalde	Fecha supervisión: 07/01/2019

4.1.3 Fase III: Ejecución

PA-FIII-1/1

AUDITORÍA DE GESTIÓN HOSPITAL PROVINCIAL FRANCISCO DE ORELLANA DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2016

PROGRAMA DE AUDITORÍA FASE-III: EJECUCIÓN				
Objetivo: Elaborar los papeles de trabajo sobre los procedimientos evaluados para conocer su grado de cumplimiento a las disposiciones emitidas.				
Nº	PROCEDIMIENTOS	PT/REF	FECHA	ELABORADO - SUPERVISADO
1	Evalúe el área Administrativa–Financiera del hospital	CI-AdFn	08/01/2019	LE - DE
2	Determine los niveles de confianza riesgo del área administrativa.	Cr-AdFn	09/01/2019	LE - DE
3	Elabore las cédulas analíticas del área administrativa - financiera	CA-AdFn	10/01/2019	LE – DE
4	Evalúe el área de laboratorio	CI-Lb	11/01/2019	LE - DE
5	Determine los niveles de confianza riesgo del área de laboratorio	Cr-Lb	14/01/2019	LE - DE
6	Elabore las cédulas analíticas del área de laboratorio	CA-Lb	15/01/2019	LE - DE
7	Evalúe el área de Imágenes	CI-Img	16/01/2019	LE – DE
8	Determine los niveles de confianza riesgo del área de imágenes	Cr-Img	17/01/2019	LE – DE
9	Elabore las cédulas analíticas del área de imágenes	CA-Img	18/01/2019	LE – DE
10	Evalúe el área de enfermería	CI-Efm	21/01/2019	LE - DE
11	Determine los niveles de confianza riesgo del área de enfermería	Cr-Efm	22/01/2019	LE – DE
12	Elabore las cédulas analíticas del área de enfermería	CA-Efm	23/01/2019	LE- DE
13	Evalúe el área de Servicios Médicos	CI-SMd	24/01/2019	LE- DE
14	Determine los niveles de confianza riesgo del área de Servicios Médicos	Cr-SMd	25/01/2019	LE- DE
15	Elabore las cédulas analíticas de Servicios Médicos	CA-SMd	28/01/2019	LE- DE
16	Evalúe el área de farmacia	CI-Fm	29/01/2019	LE- DE
17	Determine los niveles de confianza riesgo del área de farmacia	Cr-Fm	30/01/2019	LE- DE
18	Elabore las cédulas analíticas de farmacia	CA-Fm	31/01/2019	LE- DE
19	Indicadores de gestión	IG	01/02/2019	LE- DE
20	Hallazgos	Hg	04/02/2019	LE- DE

Elaborado por: Deysi Espinoza	Fecha elaboración: 03/12/2018
Supervisado por: Letty Elizalde	Fecha supervisión: 03/12/2018

**AUDITORÍA DE GESTIÓN HOSPITAL PROVINCIAL FRANCISCO DE ORELLANA
DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2016**

CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO ADMINISTRATIVA - FINANCIERA				
Objetivo:				
N°	PREGUNTAS	SI	NO	OBSERVACIONES
1	¿Los procesos dentro del área se encuentran establecidos conforme a las actividades que exige la dirección administrativa – financiera?	4		
2	¿El personal de esta área cumple con todas las disposiciones exigidas por los órganos de control?	4		
3	¿Se mantiene la información actualizada para la toma de decisiones tanto administrativas como financieras?	4		
4	¿El POA se elabora considerando los requerimientos de las demás áreas?	4		
5	¿El personal es capacitado con frecuencia en temas relacionados con sus funciones?	1	3	El presupuesto no es suficiente Hg 1
6	¿La presentación de informes tanto administrativos como financieros se entregan en tiempos oportunos?	4		
7	¿Se utiliza un control preventivo para corregir las deficiencias de los procesos administrativo-financieros?	3	1	
8	¿Existe evidencia de los procesos ejecutados durante el periodo?	4		
9	¿Las actividades y operaciones son autorizadas por la autoridad máxima de la institución de salud?	4		
10	¿Las comprobantes de egresos responden a las cantidades planificadas dentro del POA?	2	2	En parte, existen reformas presupuestarias imprevistas dentro del POA
11	¿El control de activos fijos de la institución es eficiente,?	4		
12	¿Se ha cumplido con el proceso de baja de los activos que han cumplido su vida útil?	1	3	No se ha realizado este proceso Hg 2
13	¿El personal del área posee claves de acceso a la información?	4		
TOTAL		43	9	

Calificación positiva	43
Calificación negativa	9
Nivel de Confianza: Cal Posit / Cal. Negat * 100	83%
Grado de Riesgo: 100% - Nivel de Confianza	17%

Elaborado por: Deysi Espinoza	Fecha elaboración: 08/01/2019
Supervisado por: Letty Elizalde	Fecha supervisión: 08/01/2019

**AUDITORÍA DE GESTIÓN HOSPITAL PROVINCIAL FRANCISCO DE ORELLANA
DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2016**

MATRIZ DE CONFIANZA RIESGO ÁREA ADMINISTRATIVA - FINANCIERA

Tabla 20-4: Ponderación Confianza Riesgo Área Administrativa - financiera

CONFIANZA		RIESGO	
BAJO	8% - 32%	ALTO	66% - 95%
MEDIO	33% - 69%	MEDIO	29% - 65%
ALTO	70% - 98%	BAJO	7% - 28%

Fuente: CGE

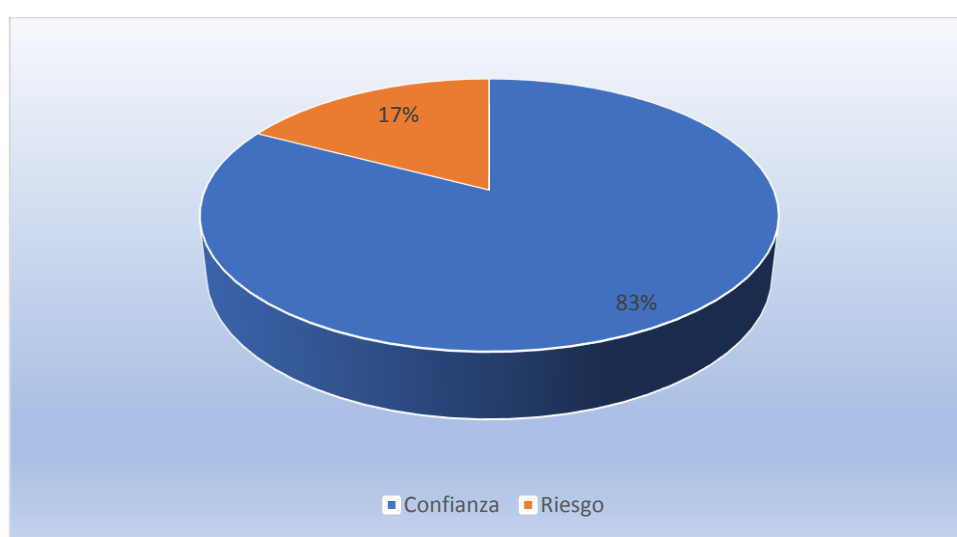


Gráfico 16-4: Confianza riesgo área administrativa - financiera

Fuente: Evaluación AF

Elaborado por: Deysi, Espinoza (2019)

Interpretación

Dentro del área administrativa-financiera existe un apropiado control sobre los procesos y actividades que se han asignado, por esta razón el nivel de Confianza llegó a posicionarse dentro de un porcentaje del 83%, mientras el riesgo ha disminuido hasta el 17%, por lo que el rango es bajo dentro de la tabla de ponderación.

Elaborado por: Deysi Espinoza	Fecha elaboración: 09/01/2019
Supervisado por: Letty Elizalde	Fecha supervisión: 09/01/2019

**AUDITORÍA DE GESTIÓN HOSPITAL PROVINCIAL FRANCISCO DE ORELLANA
DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2016**

CÉDULA ANALÍTICA ÁREA ADMINISTRATIVA - FINANCIERA

Procesos	Actividades	Nivel de cumplimiento	Verificado con	Según auditoría
Administrativos	Adquisición de insumos y medicinas Ω	55%	Pliego 2	Los pliegos confirman las adquisiciones a través de la SERCOP, no se compró todo lo programado por falta de presupuesto.
	Contratación talento Humano L	87%	Contratos Q	Reforma presupuestaria limitó la contratación de profesionales para las diferentes áreas.
	Control Activos fijos f	86%	Informes activos C	Se encuentra desactualizado, hay activos que ameritan la baja
	Proceso de baja de activos fijos b	0%	No existe M	No se ha realizado el proceso
	Informes de áreas h	100%	Informes áreas C	Existe un archivo de informes organizados por áreas y fechas

Adquisiciones insumos y medicinas		
Requerimiento	N° Unid solicitadas	N° Unid. Adquiridas
Dextrosa solución de 500ml	130	80
Paracetamol	20 cajas	12 cajas
Agujas	10 cajas	2 cajas
Cánulas	5 cajas	1 caja
Películas radiológicas	10 cajas	3 cajas
Mascarillas	10 cajas	3 cajas

Equipos obsoletos	N°	Estado	Grado de contaminación
Ecógrafo	2	Malo	Alto
Ultrasonido de diagnóstico	5	Malo	Alto
Desfibrilador	1	Malo	Alto
Incubadoras	4	Malo	Alto
Electromiógrafo	1	Malo	Alto

Se muestran algunos de los equipos que se encuentran registrado en mal estado, de los cuales el proceso de baja no se ha realizado.

Elaborado por: Deysi Espinoza	Fecha elaboración: 09/01/2019
Supervisado por: Letty Elizalde	Fecha supervisión: 09/01/2019

**AUDITORÍA DE GESTIÓN HOSPITAL PROVINCIAL FRANCISCO DE ORELLANA
DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2016**

CÉDULA ANALÍTICA ÁREA ADMINISTRATIVA - FINANCIERA

Procesos	Actividades	Nivel de cumplimiento	Verificado con	Según auditoría
Financieros	Pago insumos y medicinas ī	100%	Comprobantes de egreso <input type="checkbox"/>	Se acreditaron los valores a las cuentas de los proveedores
	Planillado de personal de contrato p	100%	Rol de pagos <input type="checkbox"/>	Se verificó con roles pago
	Revaloración de activos fijos ñ	100%	Registros financieros %	Se comprobó el registro de valores
	Presentación de información financiera v	100%	Estados financieros ¥	Se constató los valores en la información financiera
	Ejecución de partida presupuestaria x	78%	Certificados presupuestarios <input type="checkbox"/>	Se cotejo los valores ejecutados con lo asignado
	Reformas Я	100%	Presupuesto <input type="checkbox"/>	Existen las certificaciones sobre los valores reformados

Reforma	Partida	Motivo de la reforma	Comentario
Compra de insumos y medicinas	15007435-IMM	Presupuesto insuficiente h	Recorte de presupuesto desde gobierno central de un total asignado de US\$230495.62 para compra de insumos y medicinas se reformó un 38%
Contratación personal	19200699-TH	Presupuesto insuficiente h	No se contrató las 59 plazas solicitadas por las diferentes áreas, declarando desiertos los concursos por falta de presupuesto.

Я-1

Las reformas presupuestarias en su totalidad afectaron el 22% de lo presupuestado, debido a que las asignaciones por parte del Estado no se acreditaron conforme a lo planificado.

Elaborado por: Deysi Espinoza	Fecha elaboración: 10/01/2019
Supervisado por: Letty Elizalde	Fecha supervisión: 10/01/2019

**AUDITORÍA DE GESTIÓN HOSPITAL PROVINCIAL FRANCISCO DE ORELLANA
DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2016**

CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO ÁREA DE LABORATORIO				
Objetivo:				
Nº	PREGUNTAS	SI	NO	OBSERVACIONES
1	¿El área posee un manual de funciones específico?	1		
2	¿Existe un responsable del área?	1		
3	¿Se le proporciona los insumos, materiales y equipos necesarios para desarrollar su trabajo?	1		
4	¿Los equipos se encuentran en buen estado?	1		
5	¿El personal que labora en el área de laboratorio es suficiente para atender la demanda?		1	Desafortunadamente no existe la partida presupuestaria para incrementar personal en el área.
6	¿Existe un control minucioso sobre el uso de los instrumentos y equipos?	1		
7	¿Los desechos contaminantes se tratan según lo establecen las normas de seguridad hospitalaria?	1		
8	¿Se presentan informes sobre las actividades realizadas y el uso de los insumos?	1		
TOTAL		7	1	

Calificación positiva	7
Calificación negativa	1
Nivel de Confianza: Cal Posit / Cal. Negat * 100	87%
Grado de Riesgo: 100% - Nivel de Confianza	13%

Elaborado por: Deysi Espinoza	Fecha elaboración: 11/01/2019
Supervisado por: Letty Elizalde	Fecha supervisión: 11/01/2019

**AUDITORÍA DE GESTIÓN HOSPITAL PROVINCIAL FRANCISCO DE ORELLANA
DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2016**

MATRIZ DE CONFIANZA RIESGO ÁREA DE LABORATORIO

Tabla 21-4: Ponderación Confianza Riesgo Área de laboratorio

CONFIANZA		RIESGO	
BAJO	8% - 32%	ALTO	66% - 95%
MEDIO	33% - 69%	MEDIO	29% - 65%
ALTO	70% - 98%	BAJO	7% - 28%

Fuente: CGE

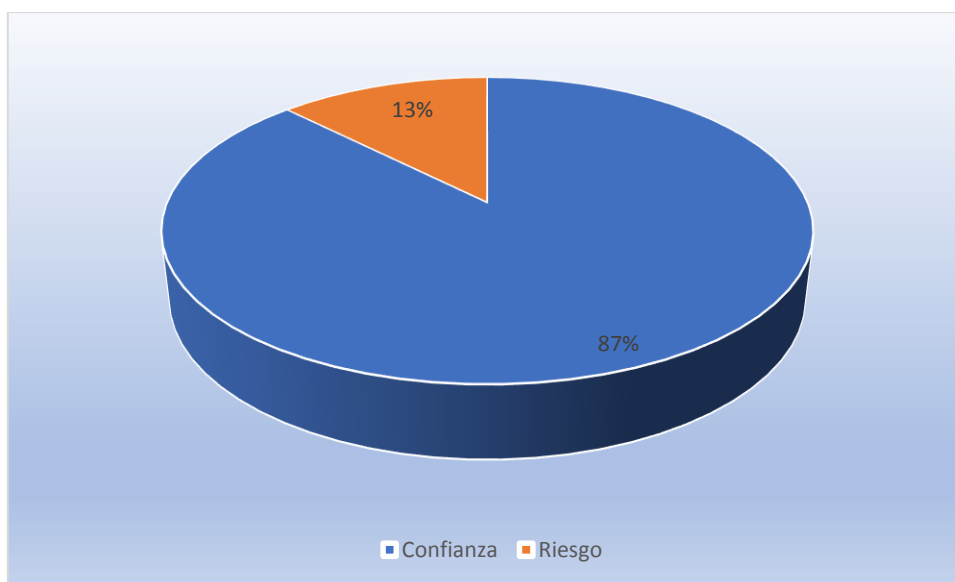


Gráfico 17-4: Confianza riesgo área de laboratorio

Fuente: Evaluación L

Elaborado por: Espinoza Deysi (2019)

Interpretación

El área de laboratorio alcanzó un 87% de Confianza, por cuanto los procesos que se ejecutan al interior mantienen un apropiado control que les permite desarrollar las actividades apegados a las normas de seguridad, mientras que el nivel de riesgo llegó a posicionarse en un porcentaje del 13%, con un rango bajo de ponderación.

Elaborado por: Deysi Espinoza	Fecha elaboración: 14/01/2019
Supervisado por: Letty Elizalde	Fecha supervisión: 14/01/2019

**AUDITORÍA DE GESTIÓN HOSPITAL PROVINCIAL FRANCISCO DE ORELLANA
DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2016**

CÉDULA ANALÍTICA ÁREA DE LABORATORIO

Procesos	Actividades	Tipo de exámenes	Número solicitado	Número entrega	Verificado con	Según auditoría
Exámenes laboratorio clínico	Análisis	Hematológicos ^h	1135	1095	Registro interno ^Z	No se entregó en su total debido a la falta de reactivos que no repusieron al laboratorio
		Inmunológicos ^{s&}	294	294		Todos entregados
		Microbiológicos ^{cosæ}	587	389		Falta de reactivos

Las condiciones en las que funciona el laboratorio en general son aceptables, los equipos se encuentran en buen estado, el inconveniente se genera por cuanto los insumos químicos como reactivos no son repuestos en los tiempos oportunos, razón por la cual el servicio es descontinuado y se solicita a los usuarios realizarse los exámenes en laboratorios particulares.

Otro inconveniente es el relacionado con el personal, debido a que el número de profesionales es insuficiente para cubrir la demanda, desafortunadamente los recursos asignados a la institución, son insuficientes, razón por la cual sería conveniente efectuar autogestión.

Elaborado por: Deysi Espinoza	Fecha elaboración: 15/01/2019
Supervisado por: Letty Elizalde	Fecha supervisión: 15/01/2019

**AUDITORÍA DE GESTIÓN HOSPITAL PROVINCIAL FRANCISCO DE ORELLANA
DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2016**

CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO ÁREA IMÁGENES				
Objetivo:				
N°	PREGUNTAS	SI	NO	OBSERVACIONES
1	¿En el área existe políticas internas establecidas para el desarrollo de las actividades?	1		
2	¿Le proporcionan los insumos necesarios para realizar su trabajo?	1		Aun cuando estos son mínimos
3	¿Cuenta con los equipos necesarios para realizar las funciones del área?	1		Existen algunos equipos que requieren ser reemplazados por cuanto ya no son funcionales.
4	¿Se da mantenimiento a los equipos?		1	Se ha solicitado, pero no se ha contrato personal especializado para el caso.
5	¿El personal es suficiente en esta área?		1	Se solicitó pero informan que no hay presupuesto.
6	¿El personal es capacitado de manera periódica?		1	No tenemos presupuesto
7	¿Se lleva un control de los insumos utilizados?	1		
8	¿Se presentan informes sobre la utilización de los insumos en el área?	1		
TOTAL		5	3	

Calificación positiva	5
Calificación negativa	3
Nivel de Confianza: Cal Posit / Cal. Negat * 100	62%
Grado de Riesgo: 100% - Nivel de Confianza	38%

Elaborado por: Deysi Espinoza	Fecha elaboración: 16/01/2019
Supervisado por: Letty Elizalde	Fecha supervisión: 16/01/2019

**AUDITORÍA DE GESTIÓN HOSPITAL PROVINCIAL FRANCISCO DE ORELLANA
DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2016**

MATRIZ DE CONFIANZA RIESGO ÁREA DE IMÁGENES

Tabla 22-4: Ponderación Confianza Riesgo Área de Imágenes

CONFIANZA		RIESGO	
BAJO	8% - 32%	ALTO	66% - 95%
MEDIO	33% - 69%	MEDIO	29% - 65%
ALTO	70% - 98%	BAJO	7% - 28%

Fuente: CGE

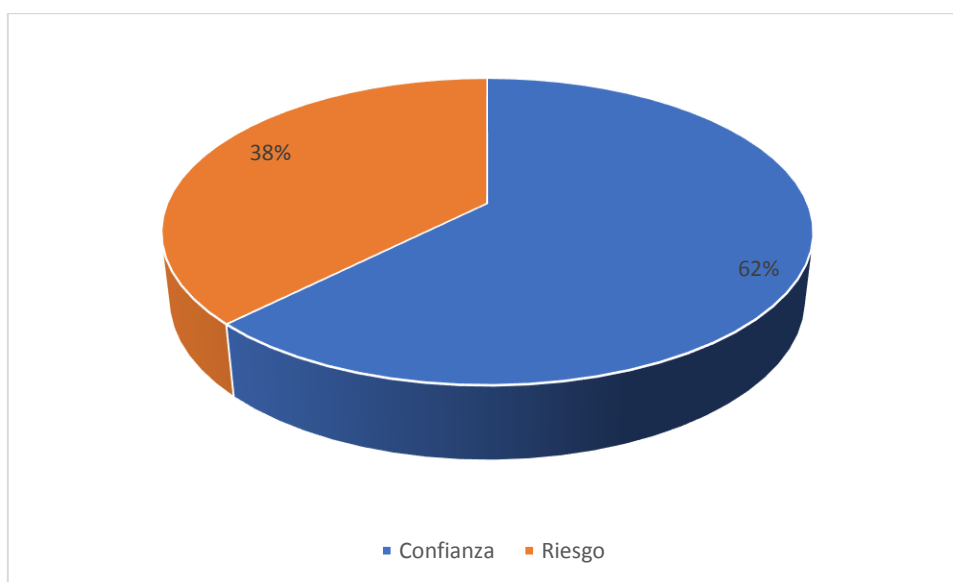


Gráfico 18-4: Confianza Riesgo Área de Imágenes

Fuente: Evaluación AI

Elaborado por: Espinoza Deysi (2019)

Interpretación

De acuerdo con las respuestas proporcionadas por el responsable del área de imágenes el nivel de Confianza alcanzado es Moderado con un 62% debido a que no se cumplen algunos parámetros importantes, motivo por el cual se incrementa el nivel de riesgo al 38% situación que debe ser analizado para tomar medidas correctivas.

Elaborado por: Deysi Espinoza	Fecha elaboración: 17/01/2019
Supervisado por: Letty Elizalde	Fecha supervisión: 17/01/2019

**AUDITORÍA DE GESTIÓN HOSPITAL PROVINCIAL FRANCISCO DE ORELLANA
DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2016**

CÉDULA ANALÍTICA ÁREA DE IMÁGENES

Proceso	Actividades	Solicitadas	Realizadas	Verificado con	Según auditoría
Rayos X	Radiografía abdominal	93	71	Registro de pedidos consulta ☹	Cotejados los pedidos con los insumos existentes, no se logró concretar el servicio debido a la falta de materiales, los servicios se ejecutaron en un 71%
	Radiografía de hueso	102	68		
	Radiografía de tórax	47	40		
	Radiografía de extremidades	24	24		
	Radiografía de articulaciones	34	12		
	Radiografía de la columna lumbosacra	117	92		
	Radiografía de cuello	51	46		
	Radiografía de la pelvis	63	54		
	Radiografía del cráneo	76	29		
	Radiografía del esqueleto	14	10		
	Radiografía de los senos paranasales	15	6		

En el periodo 2016 se registraron en total de 636 pedidos para el área de imágenes, de los cuales se llegaron a realizar 452, con una ejecución del 71%, esto debido a la falta de materiales y el constante daño de los equipos existentes en el área.

Elaborado por: Deysi Espinoza	Fecha elaboración: 18/01/2019
Supervisado por: Letty Elizalde	Fecha supervisión: 18/01/2019

**AUDITORÍA DE GESTIÓN HOSPITAL PROVINCIAL FRANCISCO DE ORELLANA
DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2016**

CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO ÁREA ENFERMERÍA				
Objetivo:				
Nº	PREGUNTAS	SI	NO	OBSERVACIONES
1	¿El personal es suficiente para cubrir la demanda de asistencia médica?		1	El personal es insuficiente, pero no se gestiona la contratación de personal de apoyo. Hg 3
2	¿Los turnos en esta área se cumplen conforme a lo planificado, sin que exista ausencias del persona?	1		
3	¿El espacio físico se encuentra distribuido de manera funcional?	1		
4	¿El control de pacientes es apropiado?		1	No, por cuanto el personal es insuficiente
5	¿Se les proporciona los materiales y equipos necesarios para el desarrollo de las funciones?	1		A medias, por cuanto informan no haber presupuesto, pero sobre todo la falta de autogestión. Hg 4
6	¿Reciben capacitación orientada a las funciones que desempeñan?		1	No se ha capacitado al personal desde algún tiempo.
7	¿El sistema de asignación de turnos es apropiado?	1		
8	¿Se comunica a las instancias superiores sobre los acontecimientos de mayor relevancia ocurridos en el área?	1		Pero no dan solución a los inconvenientes.
9	¿Los pacientes califican los servicios, para mejorar la calidad de atención?		1	No tenemos este sistema
TOTAL		5	4	

Calificación positiva	5
Calificación negativa	4
Nivel de Confianza: Cal Posit / Cal. Negat * 100	56%
Grado de Riesgo: 100% - Nivel de Confianza	44%

Elaborado por: Deysi Espinoza	Fecha elaboración: 21/01/2019
Supervisado por: Letty Elizalde	Fecha supervisión: 21/01/2019

**AUDITORÍA DE GESTIÓN HOSPITAL PROVINCIAL FRANCISCO DE ORELLANA
DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2016**

MATRIZ DE CONFIANZA RIESGO ÁREA DE ENFERMERÍA

Tabla 23-4: Ponderación Confianza Riesgo Área de Enfermería

CONFIANZA		RIESGO	
BAJO	8% - 32%	ALTO	66% - 95%
MEDIO	33% - 69%	MEDIO	29% - 65%
ALTO	70% - 98%	BAJO	7% - 28%

Fuente: CGE

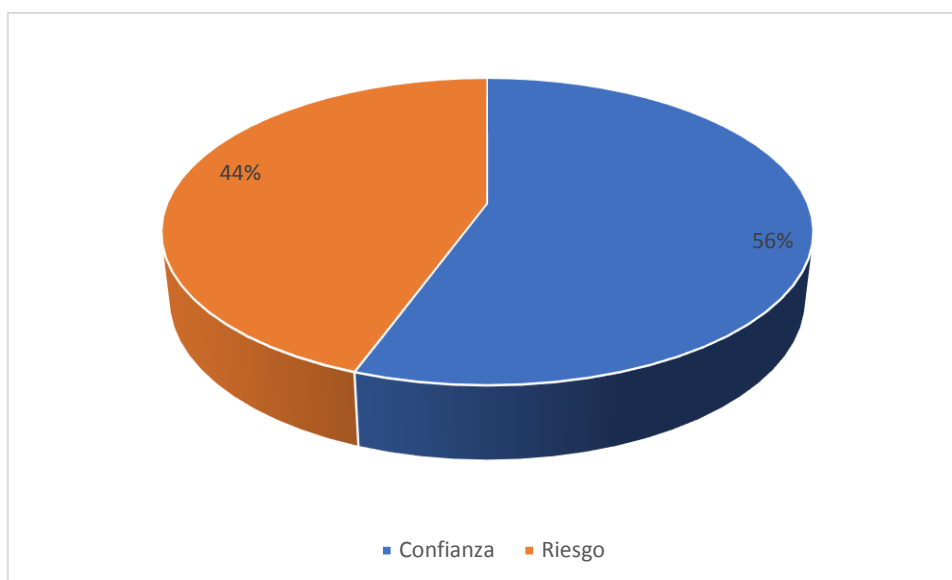


Gráfico 19-4: Confianza Riesgo Área de Enfermería

Fuente: Evaluación AE

Elaborado por: Espinoza Deysi (2019)

Interpretación

En el área de enfermería el nivel de confianza alcanzó un porcentaje del 56% con una ponderación moderado, esto por cuanto no se ha cumplido ciertos requerimientos que han afectado el desempeño del personal, mientras que el nivel de riesgo estuvo en un 44% debido a las circunstancias indicadas.

Elaborado por: Deysi Espinoza	Fecha elaboración: 22/01/2019
Supervisado por: Letty Elizalde	Fecha supervisión: 22/01/2019

**AUDITORÍA DE GESTIÓN HOSPITAL PROVINCIAL FRANCISCO DE ORELLANA
DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2016**

CÉDULA ANALÍTICA ÁREA DE ENFERMERÍA

Procesos	Actividades	Nº Pacientes	Verificado con	Según auditoría
Funciones asistenciales	Cuidado integral de los pacientes	1032	Ingreso hospitalario 2	Se evidenció los registros de las diferentes actividades en los que se constató las funciones asistenciales a los pacientes en el periodo 2016
	Registro de las historias clínicas	1032	Registro estadística q	
	Control de suministro de fármacos por diferentes vías	673	Informes médicos b	
	Curaciones y cuidados paliativos	308	Registro informes z	
	Rehabilitación a pacientes	83	Registro informes z	
	Recepción y traslado de pacientes	673	Informes médicos b	
	Preparación a los pacientes para investigaciones clínicas de laboratorio	591	Informes médicos b	

Elaborado por: Deysi Espinoza	Fecha elaboración: 23/01/2019
Supervisado por: Letty Elizalde	Fecha supervisión: 23/01/2019

**AUDITORÍA DE GESTIÓN HOSPITAL PROVINCIAL FRANCISCO DE ORELLANA
DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2016**

CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO ÁREA DE SERVICIOS MÉDICOS				
Objetivo:				
Nº	PREGUNTAS	SI	NO	OBSERVACIONES
1	¿La institución desarrolla la selección de personal médico apegado a los parámetros legales?	1		
2	¿Existe un adecuado control de la medicina y esta es remitida a las áreas de consulta, para verificar la existencia del medicamento?		1	No se ha generado este proceso, desconociéndose las cantidades de medicinas disponibles. Hg 5
3	¿El personal médico es suficiente para cubrir la demanda de los servicios?		1	Hace falta incorporar más profesionales
4	¿La infraestructura es adecuada en el área de consulta?	1		
5	¿Se lleva un control apropiado del registro de pacientes?	1		
6	¿Recibe capacitación periódica en su especialidad?	1		Sí, pero no de parte de la institución.
7	¿Los fármacos son proporcionados a los pacientes por la institución?	1		En parte, se suministra lo que existe en farmacia, el resto tienen que adquirirlo fuera.
8	¿Existe una buena comunicación entre el equipo de enfermería?	1		
9	¿Da a conocer sobre las necesidades del área a las instancias superiores?	1		Pero no pueden hacer nada si no existe una asignación presupuestaria apropiada.
TOTAL		7	2	

Calificación positiva	7
Calificación negativa	2
Nivel de Confianza: Cal Posit / Cal. Negat * 100	78%
Grado de Riesgo: 100% - Nivel de Confianza	22%

Elaborado por: Deysi Espinoza	Fecha elaboración: 24/01/2019
Supervisado por: Letty Elizalde	Fecha supervisión: 24/01/2019

**AUDITORÍA DE GESTIÓN HOSPITAL PROVINCIAL FRANCISCO DE ORELLANA
DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2016**

MATRIZ DE CONFIANZA RIESGO ÁREA DE SERVICIOS MÉDICOS

Tabla 24-4: Ponderación Confianza Riesgo Área de Servicios Médicos

CONFIANZA		RIESGO	
BAJO	8% - 32%	ALTO	66% - 95%
MEDIO	33% - 69%	MEDIO	29% - 65%
ALTO	70% - 98%	BAJO	7% - 28%

Fuente: CGE

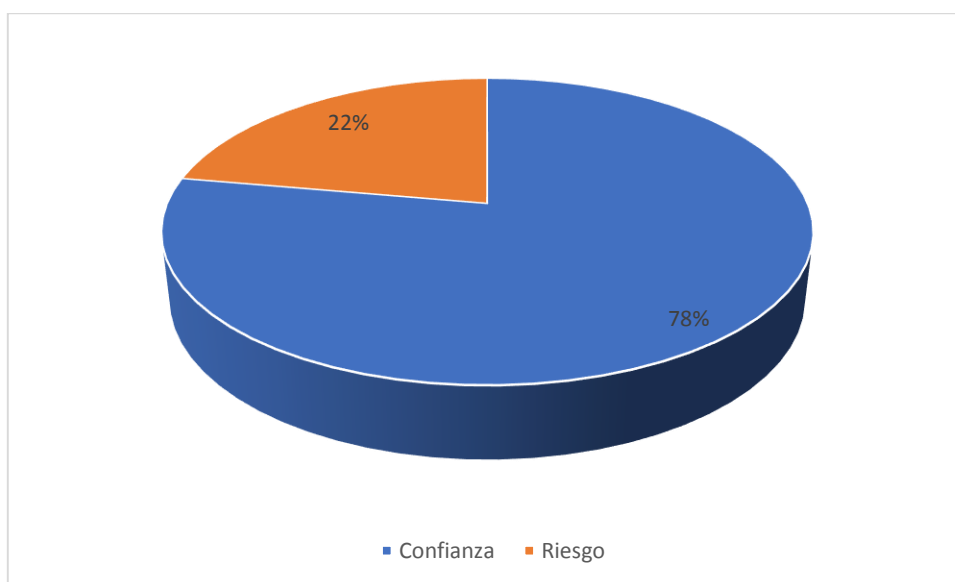


Gráfico 20-4: Confianza Riesgo Área de Servicios Médicos

Fuente: Evaluación ASM

Elaborado por: Espinoza Deysi (2019)


Interpretación

En el área de servicios médicos el nivel de confianza alcanzó un 78% lo que posiciona las actividades y procesos dentro de un rango alto, y el riesgo llegó al 22% debido a que el control interno mantiene aceptables niveles de eficiencia.

Elaborado por: Deysi Espinoza	Fecha elaboración: 25/01/2019
Supervisado por: Letty Elizalde	Fecha supervisión: 25/01/2019

**AUDITORÍA DE GESTIÓN HOSPITAL PROVINCIAL FRANCISCO DE ORELLANA
DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2016**

CÉDULA ANALÍTICA ÁREA DE SERVICIOS MÉDICOS

Procesos	Tipo de consulta	N° Pacientes atendidos	Verificado con	Según auditoría
Consultas médicas	Urología	108	Historias clínicas 	El cruce de información es coincidente con los registros de las consulta por especialidad
	Traumatología	83		
	Gineco-Obstetricia	230		
	Medicina Interna	149		
	Neurocirugía	26		
	Oftalmología	94		
	Pediatría	142		
	Nutrición	82		
	Psicología	118		
	Total	1032		

Elaborado por: Deysi Espinoza	Fecha elaboración: 28/01/2019
Supervisado por: Letty Elizalde	Fecha supervisión: 28/01/2019

**AUDITORÍA DE GESTIÓN HOSPITAL PROVINCIAL FRANCISCO DE ORELLANA
DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2016**

CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO ÁREA DE FARMACIA				
Objetivo:				
Nº	PREGUNTAS	SI	NO	OBSERVACIONES
1	¿Lleva un control de los medicamentos y se actualiza el stock constantemente?	1		
2	¿Se informa en tiempos oportunos sobre la inexistencia de los medicamentos?	1		
3	¿Se controla la caducidad de los medicamentos y se toman las medidas necesarias para evitar el desperdicio?	1		
4	¿El personal que colabora en esta área posee los conocimientos necesarios para el tratamiento de los medicamentos?	1		
5	¿Le brindan capacitación relacionada con los temas requeridos en su área?		1	Indican que es por falta de presupuesto
6	¿La información del stock de medicamentos se la comparte constantemente con el personal de consulta?		1	No se autorizado nada al respecto
7	¿El espacio asignado a farmacia es el adecuado?	1		
8	¿Las instalaciones cuentan con las medidas de seguridad apropiadas para evitar situaciones sorpresivas?	1		
9	¿Es restringida el acceso para personal no autorizado?	1		
TOTAL		7	2	

Calificación positiva	7
Calificación negativa	2
Nivel de Confianza: Cal Posit / Cal. Negat * 100	78%
Grado de Riesgo: 100% - Nivel de Confianza	22%

Elaborado por: Deysi Espinoza	Fecha elaboración: 29/01/2019
Supervisado por: Letty Elizalde	Fecha supervisión: 29/01/2019

**AUDITORÍA DE GESTIÓN HOSPITAL PROVINCIAL FRANCISCO DE ORELLANA
DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2016**

MATRIZ DE CONFIANZA RIESGO ÁREA DE FARMACIA

Tabla 25-4: Ponderación Confianza Riesgo Área de Farmacia

CONFIANZA		RIESGO	
BAJO	8% - 32%	ALTO	66% - 95%
MEDIO	33% - 69%	MEDIO	29% - 65%
ALTO	70% - 98%	BAJO	7% - 28%

Fuente: CGE

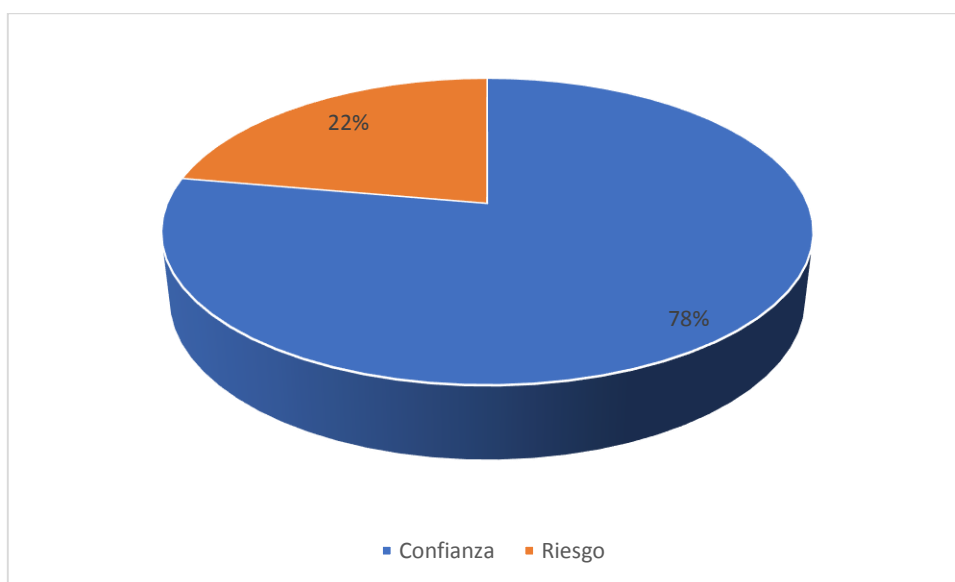


Gráfico 21-4: Confianza Riesgo Área de Farmacia

Fuente: Evaluación AF

Elaborado por: Espinoza Deysi (2019)

Interpretación

El área de Farmacia alcanzó un 78% de confianza en las actividades que ejecuta, mostrando algunas debilidades en los procesos, los mismos que deberán ser analizados para la toma de medidas correctiva, mientras que el riesgo llegó al 22%.

Elaborado por: Deysi Espinoza	Fecha elaboración: 30/01/2019
Supervisado por: Letty Elizalde	Fecha supervisión: 30/01/2019

**AUDITORÍA DE GESTIÓN HOSPITAL PROVINCIAL FRANCISCO DE ORELLANA
DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2016**

CÉDULA ANALÍTICA ÁREA DE FARMACIA

Proceso	Productos	Disponibilidad	Según auditoría
Entrega de medicamentos	Imodium	30%	Los medicamentos según registro de ingresos mantiene un stock mínimo para evitar su caducidad ?
	Paracetamol	15%	
	Ibuprofeno	25%	
	Seudoefedrina	35%	
	Sudafet PE	15%	
	Diclonina	19%	
	Naproxeno	12%	
	Benadryl	8%	
	Dimetapp	5%	
	Tavist	3%	
	Koepectate	6%	
	Pepto bismol	14%	
	Emetrol	2%	
	Pedialyte	4%	
	Cortizone 10	3%	
	Mocinazol	10%	

La analítica muestra el porcentaje de disponibilidad de los medicamentos que presenta un mayor consumo por parte de los pacientes.

Elaborado por: Deysi Espinoza	Fecha elaboración: 31/01/2019
Supervisado por: Letty Elizalde	Fecha supervisión: 31/01/2019

AUDITORÍA DE GESTIÓN HOSPITAL PROVINCIAL FRANCISCO DE ORELLANA DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2016
INDICADORES DE EFICIENCIA

INDICADOR	TIPO DE INDICADOR	FÓRMULA	CUMPLIMIENTO	COMENTARIO
EFICIENCIA	Tiempo para asistencia médica	Tiempo programado / tiempo promedio real 10' / 10'	100%	Según se observó el tiempo utilizado en la atención de los pacientes es de 10 minutos
	Optimización de los insumos médicos	Insumos médicos entregados / total de insumos médicos 3022 / 3100	97.48%	Los insumos médicos fueron entregados a los pacientes en un porcentaje del 97.48%
	Eficiencia en el servicio	Consultas realizadas / Total consultas agendadas 1032 / 1032	100%	Se agendaron un total de 1032 consultas en el periodo 2016 de las cuales fueron atendidas todas.

Elaborado por: Deysi Espinoza	Fecha elaboración: 01/02/2019
Supervisado por: Letty Elizalde	Fecha supervisión: 01/02/2019

AUDITORÍA DE GESTIÓN HOSPITAL PROVINCIAL FRANCISCO DE ORELLANA DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2016

INDICADORES DE EFICIENCIA

INDICADOR	TIPO DE INDICADOR	FÓRMULA	CUMPLIMIENTO	COMENTARIO
EFICACIA	Exámenes radiología	Pacientes atendidos imágenes / Total pedidos 425 / 636	71%	Se llegó a evidenciar que se atendió al 71% de los pacientes con órdenes para rayos X, por falta de insumos no se pudo atender al resto de pacientes.
	Disponibilidad de medicamentos	Entrega de medicamentos / Recetas emitidas 673 / 1032	65%	El nivel de eficacia alcanzado en este componente es del 65%, por cuanto los medicamentos no presentan una disponibilidad máxima, debido al limitado presupuesto.
	Disponibilidad de insumo para exámenes en laboratorio	# de exámenes realizados / Total Pedidos 1778/ 2016	88%	La disponibilidad de insumos en el área de laboratorio fue el 88% lo que permitió realizar una cantidad de 1778 exámenes de diferentes patologías.

Elaborado por: Deysi Espinoza	Fecha elaboración: 01/02/2019
Supervisado por: Letty Elizalde	Fecha supervisión: 01/02/2019

AUDITORÍA DE GESTIÓN HOSPITAL PROVINCIAL FRANCISCO DE ORELLANA DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2016

INDICADORES DE EFICIENCIA

INDICADOR	TIPO DE INDICADOR	FÓRMULA	CUMPLIMIENTO	COMENTARIO
ECONOMÍA	Control de Gastos	Gasto ejecutado / Gasto programado 135,254.15/184.235.08	26.59%	La institución de salud mantuvo un nivel de economía del 26.59% del gasto corriente en el periodo evaluado.
	Insumos	Insumos médicos utilizados / Insumos médicos existentes 25,863/35,842	27.84	En el Hospital se utilizaron 25,863 insumos médicos de diferentes tipos, llegándose a contabilizar 9,979, productos representando un 27.84% de economía en insumos varios.

Elaborado por: Deysi Espinoza	Fecha elaboración: 01/02/2019
Supervisado por: Letty Elizalde	Fecha supervisión: 01/02/2019

**AUDITORÍA DE GESTIÓN HOSPITAL PROVINCIAL FRANCISCO DE ORELLANA
DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2016**

HOJA DE HALLAZGOS			
Personal sin capacitación			
Condición	Criterio	Causa	Efecto
El personal no ha sido capacitado en las diferentes áreas debido a la falta de presupuesto. CI-AdFn Pág. 88	De acuerdo a lo establecido por la Norma 407-06 <i>Capacitación y entrenamiento continua expresa: Los directivos de la entidad promoverán en forma constante y progresiva la capacitación, entrenamiento y desarrollo profesional de las servidoras y servidores en todos los niveles de la entidad, a fin de actualizar sus conocimientos, obtener un mayor rendimiento y elevar la calidad de su trabajo. El plan de capacitación será formulado por las unidades de talento humano y aprobado por la máxima autoridad de la entidad. La capacitación responderá a las necesidades de las servidoras y servidores y estará directamente relacionada con el puesto que desempeñan.</i>	La falta de capacitación se debe al escaso presupuesto con el que cuenta la institución de salud, por otra parte los directivos no realizan autogestión.	El personal no puede ofrecer los servicios al ciento por ciento debido a que sus conocimientos se encuentran desactualizados.

Conclusión: El mantener al recurso humano capacitado es un elemento indispensable para ofertar servicios de calidad, más tratándose de brindar asistencia médica.

Recomendación: A los Directivos de la institución, planifique con los responsables de áreas la ejecución de programas de capacitación, determinando de manera técnica y objetiva los temas requeridos para actualizar los conocimientos del personal.

Elaborado por: Deysi Espinoza	Fecha elaboración: 04/02/2019
Supervisado por: Letty Elizalde	Fecha supervisión: 04/02/2019

**AUDITORÍA DE GESTIÓN HOSPITAL PROVINCIAL FRANCISCO DE ORELLANA
DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2016**

HOJA DE HALLAZGOS			
Incumplimiento del proceso de baja de los Activos Fijos institucionales			
Condición	Criterio	Causa	Efecto
<p>Existe un número representativo de Activos Fijos que han cumplido su vida útil y se encuentran generando contaminación debido a sus componentes altamente nocivos.</p> <p>CI-AdFn Pág. 88</p>	<p>Según lo establece el Ministerio de Finanzas, en el Manual de procedimientos de inventarios general de bienes: <i>El responsable de la Bodega elaborará la lista de los bienes que estén considerados en malas condiciones por sus características físicas o de funcionamiento. Por otra parte las Normas de Control Interno 406-11 establecen: Esta actividad se efectuará una vez cumplidas las diligencias y procesos administrativos que señalen las disposiciones legales vigentes, dejando evidencia clara de las justificaciones, autorizaciones y su destino final.</i></p>	<p>Existe desconocimiento por parte del responsable del control de los activos de la institución, lo que ha ocasionado la acumulación de los bienes propiciando ambientes contaminantes.</p>	<p>Los bienes al no ser descargados de los registros contables, aparecen como activos en funcionamiento, ocasionando información poco confiables, desde el aspecto ambiental los componentes de algunos equipos médicos provocan contaminación al ambiente en alto grado.</p>

Conclusión: El proceso de baja de los activos fijos ayuda a depurar aquellos bienes que ya cumplieron su vida útil, y que ya no brindan aporte a las actividades y operaciones en la institución hospitalaria.

Recomendación: A la Administración, coordine con el responsable de la custodia de los activos fijos y realice el proceso de baja de los bienes, para procesar la información de forma real.

Elaborado por: Deysi Espinoza	Fecha elaboración: 04/02/2019
Supervisado por: Letty Elizalde	Fecha supervisión: 04/02/2019

**AUDITORÍA DE GESTIÓN HOSPITAL PROVINCIAL FRANCISCO DE ORELLANA
DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2016**

HOJA DE HALLAZGOS			
Insuficiente personal de apoyo			
Condición	Criterio	Causa	Efecto
El personal en la institución no es suficiente, lo que ocasiona el retraso de los servicios a los pacientes. CI-Efm Pág. 98	De acuerdo a lo establecido en la normativa 407-01 <i>Plan de talento humano: Los planes de talento humano se sustentarán en el análisis de la capacidad operativa de las diferentes unidades administrativas, en el diagnóstico del personal existente y en las necesidades de operación institucionales. La planificación se elaborará sobre la base de un diagnóstico del personal, efectuado con la información estadística que mantendrá la unidad responsable de la administración del talento humano; considerando además, la normativa vigente relacionada con esta área, el plan estratégico institucional, los planes operativos anuales, programas y proyectos.</i>	A pesar de la existe necesidad de contar con personal de apoyo, el insuficiente presupuesto provoca la declaración de proceso de contratación desiertos.	Al no contar con el personal suficiente, los servicios de atención se vuelven lentos e inoperantes debido a la demanda de la asistencia médica.

Conclusión: Si se pretende que los servicios mantengan una atención de alta calidad, se deberá contar con el personal suficiente, el cual apoye a las diferentes áreas de mayor concurrencia de pacientes.

Recomendación: A los Directivos, procuren analizar la situación del hospital y la falta de personal de apoyo para que los servicios sean ágiles y oportunos, evitando el congestionamiento en la prestación de asistencia médica.

Elaborado por: Deysi Espinoza	Fecha elaboración: 04/02/2019
Supervisado por: Letty Elizalde	Fecha supervisión: 04/02/2019

**AUDITORÍA DE GESTIÓN HOSPITAL PROVINCIAL FRANCISCO DE ORELLANA
DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2016**

HOJA DE HALLAZGOS			
Insuficiente materiales y equipos para el desarrollo de actividades			
Condición	Criterio	Causa	Efecto
Los materiales y equipos requeridos en las diferentes áreas de atención médica no son suficientes, razón por lo cual, el servicio no es eficiente. CI-Efm Pág. 98	De acuerdo a lo establecido en el plan operativo anual, <i>la institución proveerá de los elementos necesarios al personal para desarrollar sus actividades en términos de eficiencia.</i>	De acuerdo a lo manifestado por la administración, la asignación presupuestaria, limita la ejecución de las actividades.	La prestación de servicios, no alcanza la satisfacción total de los usuarios, debido a la inexistencia de insumos para efectuar ciertos tratamientos.

Conclusión: Las actividades en la institución de salud no pueden ser suspendidas, por lo tanto, amerita la intervención de los directivos para generar recursos.

Recomendación: A los Directivos, Responsables de área, organice las actividades para brindar preferencia a las de mayor relevancia en la prestación de servicios, evitando la interrupción de los servicios.

Elaborado por: Deysi Espinoza	Fecha elaboración: 04/02/2019
Supervisado por: Letty Elizalde	Fecha supervisión: 04/02/2019

**AUDITORÍA DE GESTIÓN HOSPITAL PROVINCIAL FRANCISCO DE ORELLANA
DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2016**

HOJA DE HALLAZGOS			
Inadecuado control de medicinas			
Condición	Criterio	Causa	Efecto
Los médicos desconocen las cantidades de medicamentos existentes en farmacia. CI-SMd Pág. 101	No se ha creado un eficiente sistema de información, en el cual se dé a conocer, el tipo y cantidades de fármacos existentes, y poder sugerir el medicamento.	Falta de comunicación entre las áreas de consulta y farmacia, no proporcionan información relacionada con la disponibilidad de medicamentos que pueden ser entregados.	Pacientes no pueden adquirir medicamentos, considerando que en la mayoría de casos sus condiciones económicas son preocupantes.

Conclusión: El hospital debe mejorar el sistema de información, para evitar errores que en algunos casos puede agravar la condición de los pacientes.

Recomendación: A los responsables de generar la información, Directivos, proporcionen los datos necesarios para mantener informados a los especialistas sobre la disponibilidad de medicamento en farmacia.

Elaborado por: Deysi Espinoza	Fecha elaboración: 04/02/2019
Supervisado por: Letty Elizalde	Fecha supervisión: 04/02/2019

4.1.4 Fase IV: Comunicación de resultados

PA-FIV-1/1

AUDITORÍA DE GESTIÓN HOSPITAL PROVINCIAL FRANCISCO DE ORELLANA DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2016

PROGRAMA DE AUDITORÍA FASE-IV: COMUNICACIÓN DE RESULTADOS				
Objetivo: Comunicar los resultados del examen de auditoría, para la toma de medidas correctivas.				
N°	PROCEDIMIENTOS	PT/REF	FECHA	ELABORADO - SUPERVISADO
1	Presente la convocatoria a lectura del informe	Lt-Ifm	08/02/2019	LE - DE
2	Presente el informe final	If-Fnl	15/02/2019	LE - DE

Elaborado por: Deysi Espinoza	Fecha elaboración: 03/01/2018
Supervisado por: Letty Elizalde	Fecha supervisión: 03/01/2018

**AUDITORÍA DE GESTIÓN HOSPITAL PROVINCIAL FRANCISCO DE ORELLANA
DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2016**

CONVOCATORIA LECTURA DE INFORME

Orellana, 8 de febrero de 2019

Señores
Hospital Provincial Orellana
Presente. -

De nuestra consideración

Reciban un cordial saludo, damos a conocer la culminación de la Auditoría de Gestión realizada al Hospital Provincial Francisco de Orellana por el periodo 2016, para lo cual es necesario exponer los hallazgos determinados durante el examen, en tal virtud hacemos extensiva la invitación al personal inmerso en la auditoría.

La presentación y lectura del informe tendrá lugar el día, 12 de febrero de 2019, a las 17h00 en el salón de sesiones de institución hospitalaria.

Su presencia dará realce al evento por lo que contamos con la misma, sin otro particular que informar, nos pedimos expresando nuestro agradecimiento por la ayuda brindada.

Atentamente,

Deysi Espinoza
Auditora

INFORMACIÓN INTRODUCTORIA

1. ANTECEDENTES DE LA INSTITUCIÓN

El Hospital Francisco de Orellana, nace como un Centro de Salud Materno Infantil, según memorando No. SHE10-129-2001 de fecha 2 de abril del 2002 se solicita la elevación del Centro de Salud a Hospital Provincial, que mediante Acuerdo Ministerial No. 0229 de fecha 3 de abril del 2002 publicada en el Registro Oficial No. 565 el 29 de abril del 2002 se establece este pedido, denominándose Hospital Provincial Francisco de Orellana, sin embargo se ha ejecutado de nombre y de sus actividades diarias de un Hospital Provincial, pero no con recursos humanos y económicos necesarios.

2. OBJETIVO DE LA AUDITORÍA DE GESTIÓN

Determinar los niveles de eficiencia, eficacia y economía alcanzados en los procesos ejecutados durante el periodo 2017 por el Hospital Provincial Francisco de Orellana.

3. ALCANCE DE LA AUDITORÍA

- Planes y objetivos institucionales
- Estructura orgánica, política y prácticas
- Sistema de procedimientos
- Métodos de control
- Formas de operación y recursos materiales y humanos

4. SUSTENTO DE LA AUDITORÍA

La ejecución de la auditoría estará sustentada por:

- Normas de Auditoría Generalmente Aceptadas
- Normas de Control Interno para Organismos del Sector Público
- Políticas internas
- Normas y disposiciones por áreas de desempeño
- Ley Orgánica del Sector Público
- Ley Organiza de Salud Pública
- Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado

5. EQUIPO AUDITOR

IF-Fnl2/7

El equipo estará conformado por:

Ing. Letty Elizalde	Supervisor
Lic. Mgs. Mónica Brito	Jefe de equipo
Srta. Deysi Espinoza	Auditora

6. TIEMPOS PARA EL DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

Recopilación de la información 3 días

Análisis de la información 15 días

Elaboración de papeles de trabajo 15 días

Elaboración del informe 7 días

INFORME DE CONTROL INTERNO

Los resultados obtenidos de la evaluación al control interno aplicando el COSO II, determinaron las siguientes debilidades:

En el componente de Ambiente de Control se determinó que los funcionarios brindan una deficiente atención, razón por la cual los usuarios presentan constantes quejas, situación que deteriora la imagen institucional.

De acuerdo a lo establecido en el Plan Estratégico Institucional la Prioridad 1, en la Gestión de Atención Especializada puntualiza que el *sistema de mejora continua de la calidad de atención hospitalaria, estará orientado a la satisfacción de las necesidades de los usuarios con eficiencia y calidez*. Con esta consideración los funcionarios deben emprender acciones de mejora en cuanto a la atención que brindan a los usuarios.

Conclusión: No se puede ignorar la finalidad que persigue la institución de salud y en base a esos objetivos direccionar las actividades para alcanzar la satisfacción de los usuarios.

Recomendación: Al Director del HPFO, coordine con los responsables de las unidades de la institución e instruya sobre el particular al personal para brindar servicios de calidad a los usuarios.

Dentro del componente de Actividades de Control se han identificado las siguientes debilidades:

Existencia de tareas improductivas afectan el cumplimiento de objetivos institucionales; no se ha realizado un análisis para determinar y depurar los procedimientos que generan improductividad operativa y retrasan el cumplimiento de los objetivos institucionales.

Considerando que los objetivos estratégicos dentro de la gestión de atención especializada del Plan Operativo Institucional manifiestan que el hospital cuenta con *herramientas de administración eficiente y oportuna para que el recurso humano pueda proyectarse en alcanzar los objetivos institucionales con eficiencia.*

Conclusión: el cumplimiento de los objetivos institucionales se encuentra enlazados con la prestación de servicios de calidad a los usuarios, de ahí la importancia que esto genera al utilizar procedimientos concretos y oportunos.

Recomendación: A los responsables de áreas, revise los requerimientos en los procedimientos y depure lo innecesario para mejorar las actividades y se logre cumplir con los objetivos institucionales.

Desactualización de la estructura organizacional, los directivos no se han preocupado por actualizar el organigrama estructural, lo que ocasiona el desconocimiento de ciertas áreas y unidades operativas en la institución de salud.

Retomando lo establecido en la Norma 200-04 Estructura organizativa: *La máxima autoridad debe crear una estructura organizativa que atienda el cumplimiento de su misión y apoye efectivamente el logro de los objetivos organizacionales, la realización de los procesos, las labores y la aplicación de los controles pertinentes.*

La estructura organizativa de una entidad depende del tamaño y de la naturaleza de las actividades que desarrolla, por lo tanto, no será tan sencilla que no pueda controlar adecuadamente las actividades de la institución, ni tan complicada que inhiba el flujo necesario de información. Los directivos comprenderán cuáles son sus responsabilidades de control y poseerán experiencia y conocimientos requeridos en función de sus cargos.

Toda entidad debe complementar su organigrama con un manual de organización actualizado en el cual se deben asignar responsabilidades, acciones y cargos, a la vez que debe establecer los niveles jerárquicos y funciones para cada uno de sus servidoras y servidores.

Conclusión: al mantener una estructura organizacional actualizada el control estará direccionado de manera efectiva en especial hacia las áreas con mayor grado de incidencia de riesgos.

Recomendación: A los Directivos de la institución, coordine con los responsables de las áreas la actualización de la organización estructural de la institución de acuerdo a la situación actual.

Inexistencia de control de los activos de propiedad de la institución de salud, no existe un control preventivo sobre los bienes de la institución lo que se encuentra ocasionando el deterioro de estos debido al deficiente control y mantenimiento, por lo que el personal a cargo de control y manejo de los activos, incumple con lo establecido en la Normas 408-32 Mantenimiento, *“Las entidades prestarán el servicio de mantenimiento a los bienes y obras públicas a su cargo, con el fin de que éstas operen en forma óptima durante su vida útil y puedan obtenerse los beneficios esperados”*.

Comentario: el incumplimiento a la normativa no permite llevar un registro actualizado sobre los activos y los valores reales que estos presentan, por lo que la información que se procesa no es real.

Recomendación: Al personal asignado como responsable del manejo y mantenimiento de los activos fijos, realice una depuración de los bienes para conocer las cantidades reales y actualice la información correspondiente.

RESULTADOS DEL EXÁMEN POR ÁREAS ESPECÍFICAS

PERSONAL SIN CAPACITACIÓN

El personal no ha sido capacitado en las diferentes áreas debido a la falta de presupuesto. De acuerdo a lo establecido por la Norma 407-06 *Capacitación y entrenamiento continua expresa: Los directivos de la entidad promoverán en forma constante y progresiva la capacitación, entrenamiento y desarrollo profesional de las servidoras y servidores en todos los niveles de la entidad, a fin de actualizar sus conocimientos, obtener un mayor rendimiento y elevar la calidad de su trabajo. El plan de capacitación será formulado por las unidades de talento humano y aprobado por la máxima autoridad de la entidad. La capacitación responderá a las necesidades de las servidoras y servidores y estará directamente relacionada con el puesto que desempeñan.*

La falta de capacitación se debe al escaso presupuesto con el que cuenta la institución de salud, por otra parte, los directivos no realizan autogestión.

Conclusión: El mantener al recurso humano capacitado es un elemento indispensable para ofertar servicios de calidad, más tratándose de brindar asistencia médica.

Recomendación: A los Directivos de la institución, planifique con los responsables de áreas la ejecución de programas de capacitación, determinando de manera técnica y objetiva los temas requeridos para actualizar los conocimientos del personal.

INCUMPLIMIENTO DEL PROCESO DE BAJA DE LOS ACTIVOS FIJOS INSTITUCIONALES

Existe un número representativo de Activos Fijos que han cumplido su vida útil y se encuentran generando contaminación debido a sus componentes altamente nocivos. Según lo establece el Ministerio de Finanzas, en el Manual de procedimientos de inventarios general de bienes: *El responsable de la Bodega elaborará la lista de los bienes que estén considerados en malas condiciones por sus características físicas o de funcionamiento.* Por otra parte, las Normas de Control Interno:406-11 establecen: *Esta actividad se efectuará una vez cumplidas las diligencias y procesos administrativos que señalen las disposiciones legales vigentes, dejando evidencia clara de las justificaciones, autorizaciones y su destino final.*

Existe desconocimiento por parte del responsable del control de los activos de la institución, lo que ha ocasionado la acumulación de los bienes propiciando ambientes contaminantes.

Conclusión: El proceso de baja de los activos fijos ayuda a depurar aquellos bienes que ya cumplieron su vida útil, y que ya no brindan aporte a las actividades y operaciones en la institución hospitalaria.

Recomendación: A la Administración, coordine con el responsable de la custodia de los activos fijos y realice el proceso de baja de los bienes, para procesar la información de forma real.

INSUFICIENTE PERSONAL DE APOYO

El personal en la institución no es suficiente, lo que ocasiona el retraso de los servicios a los pacientes. De acuerdo a lo establecido en la normativa 407-01 *Plan de talento humano: Los planes de talento humano se sustentarán en el análisis de la capacidad operativa de las diferentes unidades administrativas, en el diagnóstico del personal existente y en las necesidades de operación institucionales. La planificación se elaborará sobre la base de un diagnóstico del personal, efectuado con la información estadística que mantendrá la unidad responsable de la administración del talento humano; considerando, además, la normativa vigente relacionada con esta área, el plan estratégico institucional, los planes operativos anuales, programas y proyectos*

A pesar de la existe necesidad de contar con personal de apoyo, el insuficiente presupuesto provoca la declaración de proceso de contratación desiertos.

Conclusión: Si se pretende que los servicios mantengan una atención de alta calidad, se deberá contar con el personal suficiente, el cual apoye a las diferentes áreas de mayor concurrencia de pacientes.

Recomendación: A los Directivos, procuren analizar la situación del hospital y la falta de personal de apoyo para que los servicios sean ágiles y oportunos, evitando el congestionamiento en la prestación de asistencia médica.

INSUFICIENTE MATERIALES Y EQUIPOS PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES

Los materiales y equipos requeridos en las diferentes áreas de atención médica no son suficientes, razón por lo cual, el servicio no es eficiente. De acuerdo a lo establecido en el plan operativo anual, *la institución proveerá de los elementos necesarios al personal para desarrollar sus actividades en términos de eficiencia.*

De acuerdo a lo manifestado por la administración, la asignación presupuestaria, limita la ejecución de las actividades.

Conclusión: Las actividades en la institución de salud no pueden ser suspendidas, por lo tanto, amerita la intervención de los directivos para generar recursos.

Recomendación: A los Directivos, Responsables de área, organice las actividades para brindar preferencia a las de mayor relevancia en la prestación de servicios, evitando la interrupción de los servicios.

INADECUADO CONTROL DE MEDICINAS

Los médicos desconocen las cantidades de medicamentos existentes en farmacia. No se ha creado un eficiente sistema de información, en el cual se dé a conocer, el tipo y cantidades de fármacos existentes, y poder sugerir el medicamento.

Falta de comunicación entre las áreas de consulta y farmacia, no proporcionan información relacionada con la disponibilidad de medicamentos que pueden ser entregados.

Conclusión: El hospital debe mejorar el sistema de información, para evitar errores que en algunos casos puede agravar la condición de los pacientes.

Recomendación: A los responsables de generar la información, Directivos, proporcionen los datos necesarios para mantener informados a los especialistas sobre la disponibilidad de medicamento en farmacia.

INDICADORES

La institución en el desarrollo de los procesos y actividades, alcanzó los siguientes porcentajes en eficiencia y eficacia:

Tiempo para asistencia médica: Según se observó el tiempo utilizado en la atención de los pacientes es de 10 minutos

Optimización de los insumos médicos: Los insumos médicos fueron entregados a los pacientes en un porcentaje del 97.48%

Eficiencia en el servicio: Se agendaron un total de 1032 consultas en el periodo 2016 de las cuales fueron atendidas todas.

Exámenes radiología: Se llegó a evidenciar que se atendió al 71% de los pacientes con órdenes para rayos X, por falta de insumos no se pudo atender al resto de pacientes.

Disponibilidad de medicamentos: El nivel de eficacia alcanzado en este componente es del 65%, por cuanto los medicamentos no presentan una disponibilidad máxima, debido al limitado presupuesto.

Disponibilidad de insumo para exámenes en laboratorio: La disponibilidad de insumos en el área de laboratorio fue el 88% lo que permitió realizar una cantidad de 1778 exámenes de diferentes patologías.

Orellana, 15 de febrero de 2019

Srta. Deysi Espinoza
Auditora

Ing. Letty Elizalde
Supervisora

CONCLUSIONES

- ✓ La ejecución de la auditoría de gestión a la institución de salud permitió evidenciar los niveles de eficiencia, eficacia y economía alcanzados en los procesos del hospital de Orellana, además de comprobar que la mencionada casa de salud ejecuta sus actividades en apego a lo establecido por los organismos de control.
- ✓ Se realizó un diagnóstico al Hospital Provincial de Orellana Área de Salud N° 1, determinado que en los últimos periodos la institución desconocía sobre los niveles de gestión pública alcanzados, lo que ha generado actividades sin valor agregado, con servicios poco eficientes.
- ✓ Se evaluó el Control Interno de la institución de salud, aplicando la normativa establecida para el caso, en la cual se determinó los niveles de confianza riesgo de los componentes del COSO II, con el cual se llegó a evidenciar que ciertos componentes requieren de la aplicación de medidas correctivas para alcanzar los niveles requeridos como parte de los objetivos institucionales.
- ✓ Se emitió el informe de auditoría de gestión, en el cual se dio a conocer los hallazgos encontrados durante el examen, emitiendo recomendaciones para cada uno de los casos, siendo necesario que los directivos del Hospital Provincial de Orellana, enfoquen sus actividades de manera apropiada.

RECOMENDACIONES

- ✓ En la institución se deben ejecutar auditorías de gestión, para conocer bajo que niveles de eficiencia, eficacia y economía se encuentran desarrollando los programas y el nivel de aporte que brindan a los usuarios de los servicios de salud.
- ✓ Se recomienda realizar un análisis periódico a la gestión pública con la finalidad de conocer que procesos requieren adoptar medidas correctivas para mejor el desempeño de las actividades y operaciones.
- ✓ Es conveniente que la evaluación al Control Interno de a conocer las debilidades que los procesos internos mantienen, para aplicar medidas preventivas que contribuyan al incremento de los niveles de confianza y la mitigación del riesgo.
- ✓ Se recomienda aplicar las recomendaciones emitidas sobre los hallazgos determinados durante la auditoría de gestión, para mantener procesos confiables que aseguren el desarrollo de actividades y operaciones en el Hospital Provincial de Francisco de Orellana.

BIBLIOGRAFÍA

- Arens, A., Elder, R., & Beasley, M. (2007). *Auditoría un enfoque integral*, (11ª ed.). México: Pearson Educación.
- Blanco, Y. (2012). *Auditoría integral Normas y Procedimientos* (2ªed.). Bogotá: Ecoe Ediciones.
- Contraloría General del Estado. (2013). *Manual de auditoría de gestión*. Recuperado el 10 de 11 de 2016, de: <http://www.contraloria.gob.ec/documentos/normatividad/MANUAL%20DE%20AUDITORIA%20DE%20GESTION.pdf>
- Corral, A. (2012), *Manual de Auditoría de Gestión de la Contraloría General del Estado*. Quito - Ecuador.Obtenido de <http://www.contraloria.gob.ec/documentos/normatividad/Acuerdo047-CG-2011GUIAMETODOLIGICAPARAAUDITORIADEGESTION.pdf>
- De la Peña, A. (2011). *Auditoría un Enfoque Práctico*. Madrid: Editorial Paraninfo S.A.
- Estupiñán, R. (2015). *Control interno y fraudes: análisis de informe COSO I, II y III con base en los ciclos transaccionales*. Bogotá: Ecoe Ediciones.
- Franklin, E. (2007). *Auditoría Administrativa:gestión Estratégica del cambio* (2ª ed.). México: Pearson Educación.
- Norma Internacional de Contabilidad 1. (2012). *Presentación de estados financieros*. Recuperado el 2 de Febrero de 2015, de http://www.bcu.gub.uy/Acerca-de-BCU/Concursos/NIC_01.pdf
- Maldonado, M. (2011). *Auditoría de Gestión* (4ª ed.). Quito, Ecuador: Abya-Yala.
- Mantilla, S. (2004). *Control Interno de los nuevos Instrumentos Financieros*. Bogotá: Ecoe Ediciones.
- Madariaga, J. (2004). *Manual práctico de auditoría*. España: Grupo Planeta (GBS).
- Pinilla, J. D. (1996). *Auditoría Operacional factor de Productividad Empresarial"*. Bogotá: Ecoe Ediciones.
- Sotomayor, A. A. (2008). *Auditoría Administrativa, Proceso y Aplicación*. Mexico: McGraw - Hill Interamericana Editores, S.A.

ANEXOS

Anexo A: Encuesta de opinión empleados

ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO ESCUELA DE CONTABILIDAD Y AUDITORIA

ENCUESTA DE OPINIÓN

Objetivo. Conoce el punto de vista sobre la ejecución de una auditoría de gestión en el Hospital Francisco de Orellana

Pregunta N° 01: ¿Piensa usted que la realización de una Auditoría de Gestión ayudará a mejorar las actividades institución?

Si	
No	

Pregunta N° 02: ¿Cree usted que existe cumplimiento de las funciones que le corresponde a cada empleado?

Si	
No	

Pregunta N° 03: ¿Se realiza capacitación al personal de forma periódica?

Si	
No	

Pregunta N° 04: ¿Cree usted que el Hospital Francisco de Orellana posee una buena gestión pública?

Si	
No	

Pregunta N° 05: ¿Conoce usted la misión, visión y objetivos de la institución?

Si	
No	

Pregunta N° 06: ¿Conoce usted la existencia de manuales, estatutos y reglamentos de la organización?

Si	
No	

Pregunta N° 07: ¿Considera usted que es importante una auditoría de gestión en el Hospital Francisco de Orellana, que permita evaluar el nivel de eficiencia, eficacia y economía de la administración de la institución?

Si	
No	

Pregunta N° 08: ¿Tiene usted conocimiento si Hospital Francisco de Orellana, cuenta con un proceso para la selección y reclutamiento del personal?

Si	
No	

Pregunta N° 09: ¿Considera usted que el informe de Auditoría de Gestión, permitirá a los directivos del Hospital Francisco de Orellana, tomar decisiones oportunas y adecuadas?

Si	
No	

Pregunta N° 10: ¿El Hospital Francisco de Orellana, cumple con la normativa que rige el desarrollo de sus actividades?

Si	
No	

Anexo B: Constitución de la República referente a los derechos de salud

Sección séptima

Salud Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO
DIRECCIÓN DE BIBLIOTECAS Y RECURSOS PARA
EL APRENDIZAJE Y LA INVESTIGACIÓN
UNIDAD DE PROCESOS TÉCNICOS
REVISIÓN DE NORMAS TÉCNICAS, RESUMEN Y BIBLIOGRAFÍA

Fecha de entrega: 16 de octubre del 2019

INFORMACIÓN DEL AUTOR/A (S)
Deysi Isabel Espinoza Cacay
INFORMACIÓN INSTITUCIONAL
Facultad: Administración de Empresas
Carrera: Licenciatura en Contabilidad y Auditoría
Título a optar: Licenciada en Contabilidad y Auditoría Contador Público Autorizado
f. Documentalista responsable: Lcdo. Holger Ramos U. Msc.